Redactor: MARIA STANCIU

Concepția grafică a copertei colecției: VENIAMIN & VENIAMIN

I.S.B.N. 973-9243-57-6

LAROUSSE

DICȚIONAR DE PSIHIATRIE ȘI DE PSIHOPATOLOGIE CLINICĂ

Sub direcția lui
JACQUES POSTEL

Traducere, avanprefață și completări
privind psihiatria românească de
dr. LEONARD GAVRILIU

605520
B.C.U. IASI

UNIVERS ENCICLOPEDIC
București, 1998

24 - III 1998

acu. 59.167

© *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* sous la direction de Jacques Postel, Larousse, Paris, 1993

Pentru traducerea în limba română toate drepturile aparțin EDITURII UNIVERS ENCICLOPEDIC

AVANPREFAȚĂ

Articolul „Psihiatrie" din dicționarul de față, redactat chiar de Jacques Postel, coordonatorul întregii lucrări, ni se pare a constitui cea mai bună prefață a acesteia, fiind textul care reflectă cu precizie orientarea ei, care se vrea dincolo de orice „ideologie etiologică", adică dincolo de orice demers reducționist. Lectura dicționarului ne dovedește că s-a optat pentru „tripla paradigmă" bio-psiho-socială (transcriem dinadins „desfășurat" acest termen compus), care nu exclude nici una din căile majore de înțelegere a *patologiei cerebrale* și de instituire a unor tratamente care să atace simultan maladii care de fapt niciodată nu sunt pur „mentale" și nici fenomene generate de individul izolat de semenii săi. Efortul de a depăși abordările unilaterale – fie ele psihogenetice, organogenetice sau sociogenetice – este mereu vizibil și asigură dicționarului o valoare aparte atât în plan teoretic cât și în plan practic, de organizare socială a profilaxiei primare și a tratamentului curativ, acesta din urmă presupunând și profilaxia secundară, de prevenire a recidivelor.

Patologia cerebrală (cerebropatologia) înseamnă prin excelență *patologia psihicului*, cu nosografia sa specifică, în funcție de localizarea leziunilor sau a dereglărilor metabolic-funcționale, ca și în funcție de istoria trăirilor individului, inclusiv trăirile sale din prezent, care, firește, nu pot avea loc în afara creierului. Deși nici o vătămare a organismului (traumatisme, intoxicații, boli contagioase, nutriționale, parazitoze etc.) nu lasă neafectat psihicul, acesta este cu atât mai afectat cu cât focarul afecțiunii este unul cerebral. Modelul biopsihosocial, așadar modelul „integrativ" al lui Reynaud, este modelul care corespunde acestei realități, punând la lucru toate celelalte abordări posibile: anatomo-organicistă, neurobiochimică, psihanalitică, psihosociologică etc. Este meritul deosebit al acestui *Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică*

de a promova cu talent didactic această viziune holistă, axată însă pe entități nesografice reale, bine conturate, care în definitiv dezmint mitul indistincției dintre normal și patologic, care îl fascinează întrucâtva și pe Jacques Postel, atunci când, iluzionat de metafizica nebuniei, este ispitit să-i dea o dimensiune antropologică, existențială.

Încă și azi mai persistă, la unii neurologi și psihiatri, ideea eronată că *leziunile organice* sunt una, iar *funcționalitatea aberantă* altceva, cu toate că nu există leziuni organice care să nu afecteze funcțiile și nici funcționalități aberante care să nu fie expresia modificării patologice a structurilor organice, fie și numai la nivel molecular sau ionic. Neurologi și psihiatri cantonați într-o viziune parcelară și, în fond, reducționistă, vorbesc de „hard"-ul reprezentat de creier și de „soft"-ul reprezentat de viața psihică, spre a putea astfel diferenția bolile „neurologice" de cele „psihiatrice", ca și cum boala „hard"-ului nu ar fi în același timp și boala „soft"-ului și ca și cum într-un „hard" bolnav ar putea funcționa un „soft" sănătos! Este o concepție nu numai simplistă, ci și dăunătoare, pe care numai o *cerebrologie* și o *cerebropatologie* de solidă fundamentare științifică o pot amenda decisiv. *Dicționarul de psihiatrie și de psihopatologie clinică* coordonat de Jacques Postel implică un pas important în această direcție. Este însă de așteptat o amplă revoluție nosologică post DSM-III R în psihiatrie, bazată pe o patologie cerebrală topografică elaborată prin prisma dimensiunii psihologice și socioculturale a individului, inclusiv prin prisma așa-numitelor *vital events*, ca prolog la o terapie plurifactorială sistematic instituită.

În ediția în limba română a dicționarului am inclus și unele dintre personalitățile reprezentative ale psihiatriei românești, nu prea multe, din moment ce chiar ediția originală nu se oprește la mai mult de câteva zeci de nume proprii din psihiatria mondială, cu accent pe unele mari figuri ale psihiatriei franceze, deschizătoare de largi perspective în domeniul dificil al *patologiei cerebrale*, care obligă la o paradigmă a maximei complexități.

Dr. LEONARD GAVRILIU

PREFAȚĂ

Dicționarul de psihiatrie și de psihopatologie clinică [1] este o inițiativă îndrăzneață, un pariu temerar, dacă avem în vedere contractul implicit conținut în titlu. Jacques Postel și echipa sa de colaboratori ne oferă o lucrare vastă, de o mare bogăție de informație și cunoaștere în domeniul imens al psihiatriei și psihopatologiei clinice și, dincolo de acestea, în domenii care sunt mai mult sau mai puțin limitrofe. Într-adevăr, psihiatria și psihopatologia clinică sunt specialități în permanentă mutație, care se îmbogățesc fără încetare prin contribuții noi venite din filosofie, sociologie, etologie, științele cognitive, comportamentalism, psihanaliză, psihopatologie, farmacologie, neurobiologie și genetică.

Nici unul dintre aceste aspecte nu a fost lăsat în umbră, iar echipa pluridisciplinară, în mod judicios alcătuită de Jacques Postel, descrie și delimitează cu claritate și precizie toți termenii pe care îi fasonează psihiatria, psihopatologia clinică și toate specialitățile conexe, însă nu accesorii. Textele redactate depășesc deci în mod judicios semiologia și nosografia clasice. Întreprinderea este gigantică, iar lucrarea care a rezultat este de o amploare excepțională. Fiecare termen este definit într-un limbaj pe care în mod deliberat autorii l-au vrut concret, practic, accesibil neinițiaților. Diferiții termeni reținuți determină dezvoltări de o importanță foarte diferită, iar alegerea făcută este perfect legitimă. Maladiile mentale, elementele semiologice majore, principalele teorii etiopatogenice și curentele de idei care influențează psihiatria și principalele terapeutici — chimioterapii, psihoterapii, terapii cognitivo-comportamentale și socioterapii — sunt privilegiate și fac loc unor veritabile capitole de înaltă ținută pedagogică, aureolate de utile referiri bibliografice.

Orice cititor poate găsi în dicționar o precizare semiologică, explicația unui termen, o informație asupra unui simptom, asupra unui concept, asupra unui

tratament și chiar asupra autorilor care au lucrat și au îmbogățit sfera psihologiei și psihiatriei. Remarcabila cultură a lui Jacques Postel în ceea ce privește istoria ideilor care a facilitat elaborarea psihopatologiei clinice și a psihiatriei a permis acest aport suplimentar.

Echipa diversificată[2] care a lucrat sub egida lui Jacques Postel, psihiatri și neurologi clinicieni, farmacologi, psihanaliști, specialiști în științe umaniste și în neuroștiințe, a știut, în această lucrare, să țină seama de noutățile conceptuale și practice care au îmbogățit disciplinele care participă la psihologie și psihiatrie. Lucrarea atestă, de asemenea, diversificarea abordărilor ideologice care fac subînțelese opțiunile etiopatogenice și explică varietatea și complementaritatea diferitelor abordări terapeutice.

Acest dicționar constituie un bilanț foarte modern, exhaustiv, strălucit și pragmatic în psihopatologia clinică și în psihiatrie. El poate fi considerat atât ca un document de bază pentru cititorul care dorește să se inițieze în aceste domenii pasionante, care interesează pe fiecare dintre noi, cât și ca o informare la zi, somptuoasă și precisă, pentru toți cei care se preocupă de psihologie și de sănătatea mentală. Voința pedagogică transpare din fiecare termen definit cu claritate prin substantive și calificative precise. Este un exercițiu dificil de realizare, pe care autorii l-au dus la bun sfârșit cu un talent rar. Veritabilă muncă a lui Hercule, *Dicționarul de psihiatrie și de psihopatologie clinică* a izbutit să-și atingă obiectivul: acela de a fi, în aceste domenii, un ansamblu de lecții bogat, complet și accesibil tuturor.

HENRI LÔO[3]

Note

[1] Acest dicționar reunește articolele de psihiatrie și câteva articole din alte discipline deja apărute în *le Grand dictionnaire de la psychologie* (Larousse, 1991; reed. 1992), precum și numeroase articole noi —, adică circa 840 nume comune sau concepte; 40 de nume proprii.

[2] 45 de colaboratori.

[3] Chef du service hospitalo-universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique à l'hôpital Sainte-Anne, Paris; Membre correspondent de l'Académie nationale de Médecine.

AUTORII DICȚIONARULUI

Mélinée Agathon, responsabilă cu cercetarea la C.N.R.S., conferențiar la Universitatea Paris V, director al unității de terapie comportamentală de la centrul spitalicesc Sainte-Anne.

David F. Allen, psihanalist, cadru didactic la Conservatorul național de arte și meserii.

Isabelle Amado-Boccara, internă în psihiatrie la spitale din Paris, serviciul spitalicesc universitar de sănătate mentală și terapeutică de sub conducerea profesorului H. Lôo, Spitalul Sainte-Anne.

Nicole Anquetil, psihiatru, psihanalist.

François Bing, serviciul condus de doctorul Jacques Postel, C.H.S. Sainte-Anne.

Henriette Bloch, director la Școala practică de înalte studii, director al U.R.A. 315 din cadrul C.N.R.S.

Mireille Bonnard, cercetător la C.N.E.S.

Didier A. Chartier, psihiatru, psihanalist, membru al Centrului de studiu și de exprimare.

Jean-Marie Coquery, profesor de psihobiologie la Universitatea de științe și tehnică din Flandre-Artois (Lille I).

Jean-Michel Cruanes, psihiatru la Spitalul internațional al Universității din Paris.

Blandine Didier, intern la serviciul spitalicesc universitar condus de profesorul H. Lôo, Spitalul Sainte-Anne.

Jacqueline Fagard, responsabilă cu cercetarea la C.N.R.S.

Pierre Ferrari, profesor de psihiatrie infantilă la Universitatea Paris-Sud, medic-șef la fundația Vallée (Gentilly).

Pierre Fouquet, președinte fondator al Societății franceze de alcoologie.

André Galinowski, șef de clinică, serviciul spitalicesc universitar de sănătate mentală și de terapeutică de sub conducerea profesorului Henri Lôo, Spitalul Sainte-Anne.

Jacques Gervet, director de cercetare (DR 2), C.N.R.S., echipa de etologie U.P.R. 51, Institutul de neurofiziologie și psihofiziologie, Marsilia.

Michel Godfryd, psihiatru spitale, medic-șef serviciul spitalicesc, licențiat în drept.

François Hartmann, șef de clinică, serviciul profesorului H. Lôo, Spitalul Sainte-Anne.

Jean-Paul Hiltenbrand, doctor în medicină, psihanalist.

Cécile Imbert-Collée, doctor în psihanaliză și în psihopatologie clinică, titular al unei catedre de filosofie și a unui D.E.A. în filosofie, psihoterapeut.

François Jouen, responsabil cu cercetarea la C.N.R.S.

Serge Kannas, psihiatru la spitale, șef de serviciu, membru al Institutului familiei – Toulouse.

Nicolle Kress-Rosen, agregat la Universitatc, psihanalist.

Christiane Lacôte, fostă elevă a E.N.S., agregat de filosofie, psihanalistă, membră a Asociației freudiene.

Pierre Lecocq, profesor de psihologie cognitivă la laboratorul de achiziții cognitive și lingvistice, Universitatea Lille III.

Pierre Leconte, profesor de psihologie la Universitatea Lille III.

Jean-François Le Ny, profesor la Universitatea Paris-Sud, centrul științific de la Orsay.

Claude Lévy-Leboyer, profesor de psihologie, Universitatea Paris V, director al laboratorului de psihologie a mediului (asociat la C.N.R.S.).

Edmond Marc Lipianski, psiholog, conferențiar la Universitatea Paris X, cercetător la laboratorul de psihologie socială Paris X.

Jean Maisonneuve, profesor emerit la Universitatea Paris X, Nanterre.

Pierre Marcie, responsabil cu cercetarea la I.N.S.E.R.M.

Daniel Mellier, conferențiar în psihologia copilului, Universitatea din Haute – Normandie.

Charles Melman, exmedic spitale psihiatrice, membru fondator al Asociației freudiene.

Birgitta Orfali, doctor în psihologie, conferențiar la Universitatea Paris I, departamentul științe sociale.

Jean Pailhous, director de cercetare la C.N.R.S., Marsilia, director al laboratorului Școlii practice de înalte studii.

Claude Parada, intern în psihiatrie.

Marie-Germaine Pêcheux, director de cercetare la C.N.R.S., Paris, doctor în litere și științe umaniste.

Annick Pétrand-Périn, psiholog clinician, psihanalist.

Marie-France Poirier-Littré, C.R.I. – I.N.S.E.R.M., Spitalul Sainte-Anne.

Jacques Postel, medic-șef la centrul spitalicesc Sainte-Anne, fost profesor asociat de psihopatologie clinică la Universitatea Paris VII.

Maurice Reuchlin, profesor emerit de psihologie diferențială la Universitatea Paris V.

Jean-Claude Roy, profesor de psihofiziologie la Universitatea Lille I.

Gérard Schmaltz, conferențiar de psihofiziologie la Universitatea Lille I.

Xavier Seron, profesor la Universitatea catolică din Louvain, Facultatea de psihologie, unitatea de neuropsihologie cognitivă.

Marc Valleur, psihiatru spitale, Centrul medical Marmottan, Paris.

ABREVIEREA TITLURILOR DE RUBRICI

DEZV.	Psihologia copilului și a dezvoltării
DIFER.	Psihologie diferențială
FIZIOL.	Fiziologie
GENER.	Psihologie generală
PSIHAN.	Psihanaliză
PSIHIATR.	Psihiatrie
PSIHOFIZIOL.	Psihofiziologie
BIBL.	Bibliografie

A

ABANDONIC (engl. *abandonic*). **Se spune despre o persoană, îndeosebi despre un copil, care suferă de abandonism*, sau despre un copil sau adult care prezintă tulburări de ordin depresiv legate de un abandon real.**

Abandonicul interpretează atitudinea mamei ca pe un refuz al dragostei materne, iar conflictul său se situează dincolo de complexul lui Oedip. După G.Guex, sentimentul de insecuritate al persoanei în cauză ar fi, dacă îi credem pe unii autori, bazat pe un factor constituțional.

ABANDONISM (engl. *abandonment complex*). **Sentiment și stare psihoafectivă de insecuritate permanentă, legate de teama irațională de a fi abandonat de către părinte sau de cei apropiați, fără raport cu vreo situație reală de abandon.**

Fără îndoială, în biografia privind copilăria pacientului găsim adesea episoade de abandon real sau de doliu, de respingere de către părinți în contextul discordiei conjugale, al divorțului; dar știm, pe de altă parte, că mulți copii orfani sau separați de părinții lor de când erau foarte mici nu devin din această cauză abandonici*. Există deci la aceștia din urmă o predispoziție sau interacțiuni parentale patogene precoce care au făcut din ei subiecți hipersensibili, anxioși, instabili pe plan caracterial, fragili pe plan emoțional și reacționând, în general, extrem de nesatisfăcător la orice frustrare.

Analiza psihologică arată că există la ei o suferință cauzată de însingurare, o închidere în sine, o autodevalorizare, tendințe de a regresa la condiția de sugar și în poziții infantile, precum și tendința de a-i agresa mereu pe ceilalți, un fel de comportament reacțional impulsiv. După cum crede J.L. Faure, problema psihoafectivă este la ei „de ordinul unei frustrări resimțite pe plan imaginar sau temută și de neacceptat, ca și cum s-ar găsi în așteptarea unui abandon întotdeauna virtualmente posibil (dar a cărui realizare concretă, dacă întâmplător survine, se dovedește a nu avea influență asupra acestui sentiment sau chiar, în mod paradoxal, îl atenuează, fără îndoială în măsura în care experiența reală vine să se substituie așteptării imaginare)".

Psihanaliștii elvețieni C. Odier și G. Guex au încercat să izoleze o entitate nosologică, *nevroza de abandon*. Aceasta s-ar

caracteriza prin acel abandonism dezvoltat la copil pe fondul unei aviditați afective insațiabile (mai degrabă constituțională decât conflictuală) și printr-o asociere a angoasei, a agresivității reacționale, a nonvalorizării de sine (neiubit din cauză că este de neiubit) și a mentalității catastrofice, cu riscul trecerilor la actul suicidar. Guex distinge două tipuri: *negativul-agresiv*, care trece cu ușurință la act, și *pozitivul-iubitor*, cu un pronostic mai favorabil. Izolarea acestei nevroze a fost contestată (în special de către D. Lagache și J. Favez-Boutonier) atât pe planul structural cât și pe cel clinic. Aceasta nu înseamnă că abandonismul nu există ca un mod de reacție destul de specific al unor personalități fragile clasate de unii autori în cadrul stărilor-limită iar de către alții în cadrul psihonevrozelor narcisice (O. Kernberg). Abandonicii pot beneficia de psihoterapie, dar psihanaliza de tip ortodox este în general inoperantă și de nerecomandat.

ABSENȚĂ (engl. *absence*). **Scurtă perioadă (de la 5 la 12 secunde) de atenuare sau de pierdere a conștiinței, manifestându-se printr-o suspendare a activității voluntare, cu păstrarea de obicei a automatismelor motorii, urmată de o amnezie lacunară privind evenimentele din această perioadă.**

Absența se întâlnește la isterici, dar este mai ales o varietate de criză epileptică neînsoțită de convulsii generalizate, caracteristică pentru „criza minoră", forma cea mai frecventă a epilepsiei infantil-juvenile. Electroencefalografic se exprimă prin puncte-unde bilaterale și sincrone, cu o frecvență de 2–3 cicluri pe secundă, dispărând la finalul paroxismului critic.

→ EPILEPSIE.

ABSINT (engl. *absinthe*). **Lichior obținut prin distilarea unei plante aromatice (*Artemisia absinthium*), varietate de pelin, după macerarea în alcool.**

Această băutură alcoolică, consumată după adăugarea de apă, sub formă de aperitiv, a cunoscut o răspândire extraordinară începând din 1850, mai întâi la clasa burgheză, iar mai târziu la muncitori. Toxicitatea sa, datorată unei esențe, tuiona, a determinat prohibirea totală în Franța, din 1915.

ABSTINENȚĂ (engl. *abstinence, teetotalism*). **În alcoologie, absența voluntară a oricărui consum de băuturi alcoolice sau de preparate culinare alcoolizate, fie din convingere religioasă sau datorită unor principii morale, fie din necesitate terapeutică la bolnavii alcoolici.**

ABULIE (engl. *aboulia* sau *abulia*). **Diminuare a voinței, care determină starea de indecizie și neputința de a acționa.**

Este o tulburare destul de frecventă la psihastenici și la obsesionali. Se distinge (P. Foulquié) o abulie prin neputința voinței, o abulie prin incapacitatea comportării raționale și parabulii, datorate unei obsesii ideative, unei idei fixe impulsive sau unei fobii.

ACALCULIE (engl. *acalculia*). **Formă de afazie caracterizată prin pierderea capacității de a recunoaște sau forma cifre și simboluri aritmetice și de a efectua calcule matematice elementare.**

ACCES DELIRANT (engl. *brief delusional and schizophreniform disorder*). **Episod psihotic tranzitoriu caracterizat printr-un delir pe teme polimorfe, adesea**

însoțit de tulburări halucinatorii multiple, care survin brusc la un subiect până atunci scutit de tulburări psihice grave și care cedează în mod spontan, după două sau trei săptămâni, făcând loc vindecării, de cele mai multe ori fără a lăsa sechele.

V. Magnan și școala sa de la Spitalul Sainte-Anne (îndeosebi M. Legrain) au descris, între 1880 și 1890, aceste manifestări delirante subacute cu debut brutal și neașteptat, nesistematizat, adesea ilogice și absurde, cu conținuturi multiple și variabile (cu o anumită predominanță a temelor persecutorii și mistice), care adesea se însoțesc de fenomene halucinatorii plurisenzoriale și care se produc la subiecți predispuși, cu terenul psihic deosebit de fragil: degenerații. Subiecții atinși de degenerescență sunt pentru Magnan subiecți „tarați", fie arierați și debili mintali, fie „degenerați superiori", atinși de „dezechilibru" și de lacune ale simțului moral, ale emotivității sau inteligenței. Potrivit concepțiilor școlii de la Spitalul Sainte-Anne, *accesul delirant al degeneraților* se opune *psihozei delirante cronice* cu delirul ei bine construit și cu evoluția sa sistematică intervenit la o personalitate anterior normală.

În afară de tulburările delirante și halucinatorii, în accesele delirante notăm prezența unei tulburări timice, mergând de la depresie și până la excitația de aliură maniacală și la o obișnuită alterare a stării de conștiență și de vigilitate: distractivitate, aprosexie, marcare subconfuzională a orientării în spațiu și timp. Ceea ce explică faptul că E. Régis va vedea aici un *delir oniric* de origine toxică, înscris în cadrul confuziei mentale, E. Dupré o *psihoză imaginativă acută*, W. Mayer-Gross o *criză oniroidă*, veritabilă *stare crepusculară a conștiinței*, iar H. Ey o *stare confuzoonirică* în care conștiința este în mare parte „destructurată", deoarece nu mai este „nici conștiința lumii interne, nici a obiectivității lumii externe". Acest din urmă autor, cu acea noțiune, fundamentală pentru el, a „destructurării câmpului conștiinței", a dat adevărata identitate psihopatologică acestor accese și stări delirante subacute. El le-a opus afecțiunilor mentale cronice, în raport cu o atingere a personalității. H. Ey a arătat, pe de altă parte, că contextul apariției accesului delirant poate fi foarte divers: poate fi legat de o stare distimică asociată cu o „destructurare de conștiință" mai profundă decât în simpla manie sau melancolie; poate reprezenta debutul sau exacerbarea unei schizofrenii până atunci latente; sau poate fi reacțională, în raport cu o stare de stres sau, uneori, o maladie organică, o intoxicație, un sindrom de șoc sau de epuizare (accese delirante reacționale ale victimelor unui cutremur de pământ sau ale unui bombardament, de exemplu). Fără a evoca din nou vechea degenerescență, Ey admite că o personalitate imatură, fragilă, labilă pe plan emoțional, favorizează apariția unei atare afecțiuni.

Aceasta a fost recent precizată în diagnosticul său clinic de către C. Pull și P. Pichot, prin utilizarea sistemului LICET (Listes Intégrées de Critères d'Évaluations Taxinomiques), după trei criterii principale: 1) felul debutului, acut și fără antecedente psihiatrice decât, eventual, un alt acces delirant anterior; 2) absența de cronicitate, fazele active dispărând după câteva săptămâni, iar, în caz de recidivă, intervalul dintre accese nu se însoțește de nici o anomalie psihică gravă; 3) semnele clinice caracteristice, reprezentate de idei delirante și/sau halucinațiile cele mai diverse; de depersonalizare și/sau derealizare, cu sau fără confuzie; de o stare timică normală, fie în sensul euforiei, fie în sensul

depresiei; de variabilitatea simptomelor și instabilitatea lor de la o zi la alta, ba chiar de la o oră la alta.

Pronosticul rămâne problema cea mai dificilă a accesului delirant. Potrivit unei statistici recente (L. Barrelet, 1986), evoluția sa este departe de a fi uniformă: într-un caz din șapte, accesul delirant a fost primul diagnostic al unei schizofrenii aflate în faza de debut; într-un caz din patru, evoluția a fost aceea a unei psihoze maniaco-depresive; într-un caz din zece, ea a reprezentat accidentul acut al unei personalități borderline*. Rămân aproape 50% din cazuri în care accesul a fost fără urmări. Iată de ce pronosticul poate fi optimist, totuși cu o anumită prudență.

Pronosticul este, fără îndoială, și în funcție de tratament, pentru care spitalizarea este indispensabilă, cu, dacă este nevoie, recursul la o măsură de spitalizare fără constrângere. Tratamentul asociază în general un neuroleptic incisiv cu un neuroleptic sedativ și este prescris inițial cel mai adesea pe cale intramusculară, dată fiind reticența obișnuită a pacientului față de tratament. Medicamentul este apoi luat pe cale orală, cu o continuare a tratamentului neuroleptic în săptămânile care urmează externării pacientului. În caz de evoluție favorabilă (dispariția totală a ideilor delirante și reinserția socioprofesională corectă), poate fi luată în considerare oprirea sa progresivă. Dar este indispensabil să se continue supravegherea pacientului pe parcursul a cel puțin doi ani. Uneori s-a recomandat, în caz de recidivă pe un fond maniaco-depresiv, să se înceapă, în mod preventiv, o litioterapie.

Entitate nosologică descrisă acum un secol exclusiv de către psihiatrii francezi, accesul delirant și-a găsit puțin câte puțin locul său în clasificările internaționale. Îl regăsim în categoria „reacțiilor delirante acute" a noii clasificări internaționale a bolilor (C.I.M. 9) și în categoriile psihozelor delirante și reacționale scurte (298–80) și a tulburărilor schizofreniforme (295–40) ale DSM-III revizuit.

ACCESE DE PANICĂ (engl. *panic attack*). **Criză acută de angoasă.**

Denumirea de *panic attack* apare în anii 1960 în psihiatria engleză și americană: în 1962, psihiatrul american D. Klein individualizează accesul acut de angoasă ca pe o patologie calitativ diferită de anxietatea cronică, arătând că imipramina îl previne (pe când acest produs din clasa antidepresorilor nu ameliorează anxietatea cronică, ci chiar o agravează). Entitatea freudiană a nevrozei anxioase, reluată de psihiatria clasică (H. Ey), se divide deci în două concepte nosologice. Această distincție va fi ratificată în 1980 în manualul diagnostic și statistic al bolilor mentale (DSM-III), care propune o clasificare ateoretică, descriptivă a tulburărilor mentale. În psihiatria franceză acest concept a fost introdus de traducerea, în 1983, a manualului.

Semiologia accesului de panică se amestecă cu aceea a crizei clasice de angoasă acută: debut brutal, fără factor declanșator; durată scurtă; semne psihice care asociază indispoziția intensă, senzația de pericol, de moarte iminentă, uneori impresii de depersonalizare și derealizare; în sfârșit, semne fizice (palpitații, jenă respiratorie, transpirație, vertije), care se pot situa pe primul plan, simulând o patologie somatică. Repetarea crizelor cu o anumită frecvență definește tulburarea, care ea însăși poate evolua spre o agorafobie, subiectul temându-se ca accesul să nu aibă loc undeva unde să nu i se poată da cuvenitul ajutor.

Redefinirea clinică a acestor concepte de angoasă corespunde de asemenea unei concepții etiopatogenice diferite. Punerea în evidență a unei probabile predispoziții

genetice, posibilitatea de declanșare artificială a crizelor (de exemplu, prin injectarea de lactat de sodiu sau pur și simplu prin hiperventilație) [→ ANXIOLITIC] și eficacitatea electivă a antidepresorilor sunt, pentru Klein și școala sa, argumente în favoarea unei origini în parte biologice a tulburării. Actualmente noțiunea de acces de panică rămâne strâns legată de curentul comportamentalist și de concepțiile nosografice ale DSM-III. → ANGOASĂ; NEVROZĂ ANXIOASĂ.

ACEDIE (engl. *acedia*). **Depresie care se manifestă printr-un dezgust de a trăi, indiferență afectivă, inhibiție și chiar torpoare, fiind considerată de teologii evului mediu ca un păcat, deoarece ar fi fost întreținută de subiect în mod voluntar.**

Este cunoscut faptul că Dante le rezervase „acriților" („*acidiosi*") un loc în Infernul său, alături de violenți și colerici; ei erau cufundați în nămolul unui smârc și abia dacă puteau vorbi, ca și cum ar fi avut „căluș în gură". În medicina medievală, acedia se opune, în calitate de tristețe a sufletului, melancoliei sau tristeții corpului, care deprinde de un tratament medical. Cea dintâi ar fi mai degrabă un păcat, un fel de delectare morocănoasă în care s-ar complace pacientul, dovedindu-se totodată deosebit de slab față de uneltirile diavolului. A devenit clasic de a face din sfântul Antonie, în reprezentările celebre privind „ispita" sa, îndeosebi în aceea pe care o datorăm lui Jacques Callot, un „acidioso" pradă tuturor fantasmelor unui sadomasochism moral și al unei analități pe care un Karl Abraham o va pune din nou în evidență la mai multe secole după marele desenator-gravor din Nancy. → MELANCOLIE.

ACETILCOLINĂ (engl. *acetylcholine*). **Neurotransmițător cu acțiune centrală și periferică (joncțiune neuromusculară și sistem parasimpatic), caracterizat prin sinteza, stocarea, eliberarea și acțiunea sa postsinaptică și prin inactivarea sa.**

Acetilcolina (ACh) este sintetizată în neuron pornind de la colină (Ch) și de la acetilcoenzima A (AcCoA), reacție catalizată de enzima colinacetiltransferază.

AcCoA + Ch → Acetilcolină + CoA.

Acetilcoenzima A este produsă în mitocondrii, pornind de la piruvatul derivat al glucozei.

Stocarea acetilcolinei este un proces activ și specific. Eliberarea este datorată depolarizării terminației nervoase (calciudependentă). Acțiunea postsinaptică corespunde interacțiunii cu receptorii membranari colinergici: receptori muscarinici și nicotinici sau plăci motorii neuromusculare. Curarele nondepolarizante blochează receptorii colinergici postsinaptici ai plăcii motorii. Inactivarea acetilcolinei este datorată hidrolizei în colină și în acetază prin intervenția acetilcolinesterazei la nivelul joncțiunii sinaptice.

Acetilcolina suferă o acțiune inhibitoare a neuronilor dopaminergici la nivelul corpilor striați. Această reglare ar explica eficacitatea unei terapeutici anticolinergice în sindroamele de eliberare extrapiramidale, ca în boala Parkinson, sau în cazul utilizării de neuroleptice.→ BOALA PARKINSON.

ACTH (engl. *Adrenocorticotrophic Hormone*). **Hormon de origine hipofizară care controlează secreția cortizolului de către cortexul suprarenal.** (Sinonime: corticostimulină, corticotrofină, hormon corticotrop.)

ACTH este format dintr-un lanț de 39 de verigi de acizi aminați, dintre care primele 24 sunt identice la toate speciile și sunt responsabile de activitatea biologică. Secreția de ACTH este supusă la trei

factori de reglare: retroreglarea (*feedback* negativ); reglarea ritmată de alternanța veghe–somn; reglarea printr-o agresiune oarecare (stare de șoc, arsuri, hemoragii [sindromul de alarmă Selye]). Excesul de secreție ACTH provoacă un hipercorticism (boala Cushing).

ADICȚIE (engl. *addiction* sau *drug addiction*). **Relație de dependență alienantă, în special farmacodependența, vicii sau toxicomanie.**

Termenul englez *addiction* (dedare la, lăsare în voia unei patimi, patimă, viciu) este în general tradus prin *assuétude* [obișnuire, aservire], iar *drug addiction* prin „toxicomanie". Reluând termenul desuet adicție, unii autori francofoni pun accentul pe versantul psihogen al toxicomaniilor, al toxicofiliei sau al cercetării dependenței. Termenul adicție, care provine din cuvântul latin care înseamnă „sclavaj pentru datorii" [*addictus* = cel devenit sclav din cauza datoriilor — notă L.G.] sau „constrângere fizică", desemnează metaforic toxicomania, într-o concepție psihologică care ar face din dependența fizică echivalentul unei pedepse autoaplicate. Cheia dependenței ar fi de căutat în sursa acelui sentiment de datorie în trăirea subiectului... „[...] este vorba de a examina în urma căror carențe afective subiectul dependent este determinat să plătească cu corpul său angajamentele neținute și contractate pe altundeva" (J. Bergeret). → ASUETUDINE.

ADOPȚIE (engl. *adoption*). **Act juridic care creează, între două persoane care nu sunt în mod necesar rude de sânge, o legătură de filiație.**

Adopția vizează să-i înzestreze cu părinți pe copiii abandonați sau orfani și să doteze cu copii cuplurile (uneori pe celibatarii) care nu reușesc să-i procreeze. În fiecare an sunt pronunțate 4 000–5 000 de adopții, pe când numărul de cereri este cu mult superior acestei cifre. Codul civil distinge două tipuri de adopție: adopția deplină și adopția simplă.

Adopția deplină conferă copilului o filiație care se substituie filiației sale de origine: cel adoptat încetează de a mai aparține familiei sale de sânge. Adopția conferă copilului numele adoptatorului (în cazul adopției de către doi soți, numele soțului). Cel adoptat are în familia adoptatorului aceleași drepturi și aceleași obligații ca un copil legitim. Adopția deplină necesită în primul rând îndeplinirea a o serie de condiții, atât de către viitorii adoptatori cât și de către viitorul adoptat (condiții de vârstă, copil adoptabil din punct de vedere juridic). Adopția este pronunțată, după instruirea și plasamentul provizoriu al copilului, de către un complet de judecată al unui tribunal de mare instanță. Recursul în apel este posibil, dar, de îndată ce decizia judiciară este definitivă, adopția deplină este irevocabilă.

Adopția simplă este o formă de adopție mai rară, care menține legăturile copilului cu familia sa de origine. Copilul își păstrează în această situație toate drepturile, mai ales drepturile ereditare. Adopția simplă conferă adoptatului numele adoptatorului ca un adaos la numele său. Adopția simplă este revocabilă, după cum este posibilă transformarea ei în adopție deplină pe parcursul întregului minorat al copilului.

Copiii pupili de stat pot fi adoptați de către persoane care obțin un consimțământ de la comisia departamentală instituită de președintele consiliului general. Viitorii adoptați fac obiectul unor investigații care vizează aprecierea condițiilor de primire pe plan familial, educativ, financiar și psihologic. Adesea se cere și un examen psihiatric în această privință.

Copilul adoptat poate pune probleme de educație în cazul în care și-a schimbat adesea doica sau colectivitatea sau dacă a fost crescut la creșă. Posibile carențe afective, o întârziere în dezvoltare (mers, vorbire) sau imposibilitatea de a stabili legături durabile pot să ducă la grave tulburări de personalitate. În ceea ce privește revelarea adopțiunii [aducerea ei la cunoștința copilului — notă L.G.], majoritatea autorilor cred în prezent că modul de a o face trebuie adaptat la vârstă. Aceasta contrastează cu concepția anterioară de dezvăluire solemnă a adopției făcută copilului la vârsta de 4–5 ani.

ADORMIRE (engl. *steep onset*). **Trecere de la starea de veghe la somn.**

În mod arbitrar, adormirea este definită prin apariția primului „splindle" (activitate E.E.G. în fuse) în stadiul al doilea de somn. → SOMN.

AFAZIE (engl. *aphasia* sau, mult mai rar, *dysphasia*). **Ansamblu de tulburări ale limbajului consecutive unei leziuni cerebrale, cel mai adesea corticale mai degrabă decât subcorticale și în emisfera stângă mai degrabă decât în cea dreaptă.**

În clinica neurologică se disting de obicei mai multe forme de afazie, după tipul de alterare a debitului verbal (rapid pentru afaziile fluente, încetinit pentru cele nonfluente) și după predominanța tulburărilor în diversele activități verbale pe care le constituie denumirea, repetiția orală și comprehensiunea auditivă (a se vedea tabloul de mai jos).

Această clasificare este astăzi contestată din cauza eterogenității tulburărilor și a pacienților regrupați în cadrul acelorași sindroame și pentru că nu are legătură cu modelele actuale ale funcționării lingvistice. În sfârșit, fundamentele sale neuroanatomice nu întrunesc unanimitatea. Clasificarea afaziilor rămâne totuși o bază pentru comunicarea între cercetători, oferindu-le o primă descriere generală a tulburărilor. Termenul de „alexie" (sau „dislexie") trimite la tulburări de limbaj la nivelul cititului, acela de „agrafie" (sau „disgrafie") la tulburări la nivelul scrisului.

Anumite forme de afazie fac obiectul unor descrieri specifice: afazia infantilă,

	Debit	Repetiție	Comprehesiune	Denumire
Afazie globală	nonfluent	–	–	–
Afazie Broca	nonfluent	–	+	–
Afazie transcorticală motorie	nonfluent	+	+	latență
Afazie Wernicke	fluent	–	–	–
Afazie de conducere	fluent	–	+	–
Afazie amnezică	fluent	+	+	–
Afazie transcorticală senzorială	fluent	+	–	–

– : grav perturbată
+ : normală sau moderat perturbată

afazia poliglo̦ților și afazia stângacilor. Se descrie și o afazie congenitală, precum și o afazie de dezvoltare în cazul în care tulburările de limbaj sunt rezultatul unei leziuni cerebrale perinatale sau care a precedat dezvoltarea limbajului la copil.

Cercetările asupra afaziei sunt extrem de numeroase și constituie, în cadrul neuropsihologiei, o veritabilă subdisciplină, numită, după caz, „neurolingvistică" sau „afaziologie".

Aceste cercetări au drept obiect descrierea tulburărilor de limbaj, determinarea ariilor cerebrale și a mecanismelor neurofiziologice subiacente activităților de exprimare verbală și înțelegerii proceselor psihologice responsabile de alterarea diferitelor niveluri lingvistice ale activității verbale (fonologic, lexical [intrare / ieșire], sintactic [structură / morfologie], semantic și pragmatic). → NEUROLINGVISTICĂ.

AFEMIE (engl. *aphemia).* **Imposibilitate pentru o persoană de a pronunța cuvinte despre care are totuși deplina conștiință a reprezentării lor.**

Denumire foarte generală, devenită neuzuală, referindu-se atât la afaziile motorii datorate leziunilor cerebrale cât și la anumite afonii funcționale și isterice. Termenul a fost utilizat de P. Broca, în 1861, pentru a denumi tulburarea de limbaj pe care a descris-o și pe care A. Trousseau a preferat, din 1865, să o numească „afazie".

AFILIERE (engl. *joining).* **Ansamblu de acte ale terapeutului care au ca scop direct legarea de membrii familiei sau de sistemul familial.**

Principalele trei tehnici de afiliere sunt acomodarea, *tracking*-ul (sau călcarea pe urmă) și mimetismul. Acomodarea permite terapeutului să se afilieze familiei, devenind congruent cu modalitățile sale relaționale obișnuite. În *tracking* terapeutul „urmează conținutul comunicațiilor membrilor familiei și al comportamentului lor", așa cum acul unui picup urmează șănțulețele unui disc. Prin mimetism el încearcă să semene cât mai mult posibil cu persoanele din grupul familial.

AGEUZIE (engl. *ageusia, ageustia).* **Scădere accentuată sau abolire completă a simțului gustativ, ca urmare a leziunilor nervului facial și ale nervului glosofaringian.**

AGITAȚIE (engl. *agitation).* **Comportament care are la bază excitația psihomotorie, în care se pot manifesta agresivitatea, furia, turbulența, teatralismul, erotismul, violența, anxietatea și, pe un plan mai general, toate fenomenele cu expresie emoțională și motorie ale unei stări de neadaptare gravă și actuală care depind în același timp de o structură psihopatologică particulară și de condiții de mediu nefavorabile.**

Putem descrie tot atâtea tipuri de agitație câte tipuri de maladii mentale. Stările anxioase, confuzionale, deficitare, psihopatice, maniacale, schizofrenice, epileptice, isterice și alcoolice vor fi cadrele cele mai frecvente ale agitației. Dar aceasta nu se declanșează cel mai adesea decât într-o situație particulară, în general în raport cu intoleranța mediului față de pacient sau în raport cu condițiile de viață grele, devenite insuportabile pentru acesta, fie acasă, fie la spital. Iată de ce agitația se asociază adesea cu urgența psihiatrică, fiind în același timp cauza și consecința sa și apărând ca principala manifestare a „nebuniei internării", în așa măsură încât *nebun* și *agitat* se confundă pe întreg parcursul secolului

al XIX-lea și în prima jumătate a secolului XX, iar agitația apare ca simptomul cel mai important pe care îl are de tratat alienistul. J.B.M. Parchappe scria în 1853 că, de când „am început să ne ocupăm de condițiile speciale de locuit pentru alienați, agitația este considerată drept starea întrucâtva obișnuită a alienatului, iar azilul de alienați a fost în mod exclusiv sau aproape exclusiv constituit dintr-o serie de celule în număr aproape egal cu acela al bolnavilor". Efortul terapeutic va avea deci ca scop principal calmarea agitației și de aceea medicamentele neurosedative vor fi de departe cele mai utilizate în psihiatrie. Abia la începutul anilor '50 s-a înțeles că agitația putea fi provocată și întreținută chiar de instituția azilară ca atare. În teza sa privind *Tratamentul colectiv într-un cartier de agitați*, P. Paumelle arată că „modificarea atmosferei generale a pavilionului" permite cel mai adesea potolirea agitației bolnavilor și poate conduce progresiv „la dispariția totală a sectorului de agitați, în același timp cu transformarea întregului spital". Tot în această perioadă (1952) începe a fi utilizat primul neuroleptic, clorpromazina, medicament care are un efect sedativ puternic. La fel stau lucrurile cu derivații săi atât de mult folosiți în zilele noastre. Iar utilizarea neurolepticelor a făcut, în consecință, uitată problema, destul de spinoasă, a generării și întreținerii agitației prin înșeși structurile instituției psihiatrice. Știm astăzi să avem grijă atât de elementele contextuale declanșatoare cât și de accesul însuși, printr-o prescripție medicamentoasă apropriată. Anumite molecule s-au poziționat chiar ca specifice tratamentului agitației (fluanizon, haloperidol, levomepromazină, sultoprid etc.). → NEUROLEPTIC.

AGNOZIE (engl. *agnosia).* **Tulburare a funcțiilor de integrare perceptivă caracterizate printr-o incapacitate de a identifica unele obiecte și forme.**

După criteriul modalității senzoriale, distingem agnozii tactile, auditive și vizuale (mirosul și gustul, mai puțin utilizate la nivelul simbolicului, nu permit reperarea de agnozii specifice). Unele agnozii sunt totuși supramodale, cum sunt agnoziile spațiale. În sfârșit, în cadrul aceleiași modalități senzoriale, se descriu diferite tipuri de agnozii potrivit cu natura stimulilor interveniți (în domeniul vizual, de exemplu, se descriu: agnozia obiectelor, agnozia fețelor [sau *prosopagnozia*], agnozia literelor [sau *alexia agnozică*] și agnozia culorilor. Se descriu, de asemenea, agnozii somatice (somatognozii) legate de perturbările schemei corporale. Leziunile corticale responsabile de aceste tulburări se situează esențialmente în lobul parietal în ceea ce privește agnoziile tactile și somatice, în lobul temporal în ceea ce privește agnoziile auditive (aria lui Heschl) și în lobul occipital (ariile asociative) în ceea ce privește agnoziile vizuale. Din anii '70, asistăm la o profundă reînnoire a cercetărilor în domeniul agnoziilor, sub impulsul lucrărilor și modelelor care provin din psihologia cognitivă și inteligența artificială. Aceste cercetări vizează să precizeze natura deficitelor agnozice, situându-le în modelele care descriu organizarea și funcționarea normală a diferitelor etape de tratament ale informației perceptive.

AGONISIRE DE JETOANE (engl. *token economy;* fr. *économie de jetons).* **Tehnică bazată pe paradigmele condiționării operante și având drept scop facilitarea reabilitării și inserției sociale a bolnavilor în instituție prin intermediul întăririlor pozitive materializate de**

jetoane (sau uneori de puncte), care pot servi drept monedă de schimb.

Practicată, din inițiativa lui T. Ayllon și N.H. Azrin, în serviciile de primire a bolnavilor cronici (psihotici, debili, de exemplu), agonisirea de jetoane urmărește să facă să funcționeze aceste servicii ca niște microcosmosuri guvernate de legi asemănătoare cu acelea ale economiei sociale. Această tehnică de modificare a comportamentului diferă de sistemele „notelor bune", adesea în vigoare în mediile educative, prin faptul că obținerea de întăriri face obiectul unui contract, în general aflat în responsabilitatea unui psiholog și administrat după un program bine specificat. O dată ce contractul este acceptat de către bolnav, jetonul este datorat, așa cum este un salariu, și este șanjabil, ca banii, contra obiecte sau avantaje.

De la începutul anilor '70, un număr considerabil de servicii de psihiatrie de dincolo de Atlantic, iar ulterior și din Europa, pun în practică tipuri de funcționare similare. În Franța, o primă experiență de genul acesta a fost încercată în 1975, la Paris, la centrul psihiatric Sainte-Anne.

Agonisirea de jetoane permite adesea reducerea apragmatismului bolnavilor și redobândirea de către ei a autonomiei în activitățile cotidiene: alimentație, toaletă, sarcini menajere, lucrări simple etc. La schizofrenici se urmărește și creșterea posibilităților lor de comunicare socială. Scopul este, evident, generalizarea progreselor dobândite și la alte activități decât acelea care au fost încurajate, cât și favorizarea de inițiative care să-i permită bolnavului o reinserție socială și profesională.

Studii controlate au arătat că comportamentele și verbalizarea se ameliorează la bolnavii tratați prin sistemul agonisirii de jetoane și că se are mai frecvent în vedere externarea. Sistemul este totuși greu de gestionat în mod satisfăcător. El necesită o perfectă coeziune a echipei de îngrijire, în care infirmierii sunt implicați în mod cu totul deosebit.

Bibl.: Agathon, M., „Thérapie comportamentale des schizofrènes", in *Encyclop. Méd. Chirg.*, Paris, Psychiatrie 37295 D 507–1983; Ayllon, T., Azrin, N. H., *Traitement comportamental en institution psychiatique*, Dessart, Bruxelles, 1973 (trad. fr.).

AGORAFOBIE *(engl. agoraphobia).* **Teamă nemotivată care uneori se exprimă prin imposibilitatea de a traversa singur piețe, poduri, străzi, de a trece printr-un tunel sau printr-un spațiu deschis.**

Agorafobia ascunde, de asemenea, teama de a se duce în locuri publice, de a fi prins într-o mulțime, într-o adunare sau într-un mijloc de transport în comun.

Descrisă de C. Westphal în 1871, agorafobia este însoțită de angoase și de senzații de vertij a căror intensitate poate fi atât de mare încât subiectul să evite să se ducă în locuri publice, rămânând uneori claustrat acasă și neputându-se îndepărta de domiciliu decât într-un perimetru de securitate în care toate ungherele îi sunt cunoscute. În cazurile cele mai grave îi este cu neputință să rămână singur acasă.

În prezent, clasificările americane ale tulburărilor mentale, care permit diagnosticarea lor (DSM-III și DSM-III R), disting, din punct de vedere clinic, două tipuri de agorafobie, după cum ele sunt sau nu însoțite de accese de panică, tulburările din urmă putând să survină, în unele cazuri, independent de agorafobie. Se înlătură în felul acesta ipoteza potrivit căreia o angoasă de separare apărută în copilărie ar sta la originea tuturor agorafobiilor. Atenția este îndreptată îndeosebi asupra studierii comportamentelor somatice ale acceselor de panică, a căror apariție bruscă și adesea inopinată constituie un enorm handicap care, în afară de teama de a nu putea scăpa dintr-un loc, determină teama de a nu putea fi ajutat la timp și, de asemenea, pe aceea de a se da în spectacol. Agorafobia debutează rareori înainte de vârsta de 20 de ani și pare să prevaleze la femei. La bărbați, consecințele sale pe plan profesional și social îi sporesc gravitatea. Este clasificată printre tulburările anxioase și constituie o indicație de psihoterapie sau de terapie comportamentală. Rămâne totuși de precizat etiologia simptomelor agorafobiei atunci când se asociază cu accese de panică sau cu manifestări ca palpitațiile, senzațiile de apăsare, de jenă toracică, transpirație, impresie de vertij sau de leșin etc.

AGRAFIE (engl. *agraphia).* **Alterare gravă a scrisului, independentă de o tulburare motorie, care se poate vedea în anumite afazii de expresie și în sindroamele demențiale.**

AGRAMATISM (engl. *agrammatism).* **Pierdere a capacității de a-și construi corect frazele, cu folosirea greșită sau dispariția desinențelor și a semnelor sintactice.**

Este, în general, o formă de afazie de expresie, numită și afazie sintactică. Uneori este o formă de dezintegrare a limbajului în schizofrenie, o dislogie.

AGRESIVITATE *(engl. aggressivity, aggressiveness).* **Tendință de a-l ataca pe celălalt sau orice obiect susceptibil de a constitui un obstacol în calea unei satisfacții imediate.**

Agresivitatea, care nu este sinonimul violenței, se poate manifesta prin numeroase comportamente diferite. Actele agresive sunt acelea care reține cel mai adesea atenția din cauza caracterului lor spectacular și potențial periculos. Ele merg de la gesturile de amenințare până la omor, utilizează forța agresorului sau un mediator (armă) și se pot exercita în mod indirect (contra unor obiecte neanimate).

De toleranța mai mare sau mai puțin mare a societății față de ele depinde pragul pornind de la care ele devin delicte, ba chiar crime. Atitudinile agresive (priviri, mimică etc.) au un caracter extrem de provocator și pot declanșa o agresivitate mai activă drept răspuns. Cuvintele agresive pot fi fățișe (amenințări, insulte, critici) sau pot fi insidioase (defăimare, ironie, causticitate). În sfârșit, fantasmele și formațiunile inconștientului cu valoare agresivă sunt extrem de frecvente și de altfel sunt utilizate de terapeut în cura analitică.

La copil și adolescent, numeroase tulburări de comportament pot avea o conotație agresivă latentă: minciuni, tulburări alimentare, fugă de acasă, proaste rezultate școlare, conduite marginale etc.

EVALUARE. Fie că este făcută pentru uzul psihiatrului, al psihologului sau al criminologului, evaluarea agresivității unui individ este o problemă frecventă, esențială și extrem de dificilă. La baza ei stă ideea de a prevedea, deci de a preveni apariția conduitelor agresive. Este imposibil să se facă o asemenea predicție suficient de sigură încât ea să fie acceptabilă pe plan etic și utilizabilă în practică.

Pe plan psihopatologic. Câteva elemente pot fi totuși degajate ca fiind factori care predispun la o mai mare potențialitate agresivă: violențe suferite în copilărie, antecedente personale de agresivitate față de ceilalți, dar și față de sine însuși, precum și anumite trăsături de personalitate, ca impulsivitatea, labilitatea emoțională, iritabilitatea caracterială, intoleranța la frustrări (ca în abandonism).

La aceste date foarte disparate se pot adăuga rezultatele testelor psihologice. MMPI [testul Minnesota Multiphasic Personality Inventory — notă L.G.], dacă nu profilează tipul unei personalități agresive, adesea arată o creștere a scărilor psihopatiei, paranoiei, maniei. Testele proiective permit o abordare mai globală a agresivității, în contextul structurării personalității și al mecanismelor de apărare ale acesteia. În sfârșit, se cuvine să semnalăm existența unor instrumente specifice de evaluare cantitativă și calitativă a agresivității (chestionarul lui Caine cu privire la ostilitate, scara ostilității Buss-Dunkee etc.).

Pe plan biologic. Nici un element nu a fost găsit ca fiind legat în mod specific și indiscutabil de agresivitate. Cercetările genetice au provocat multe discuții pe această temă, inducând noțiunea unui pretins „cromozom al crimei", ultim avatar al curentului bioantropologic în criminologie: unele studii au constatat frecvența ieșită din comun a unui cromozom Y supranumerar (XYY) la criminali și la bolnavii mintali periculoși. În Danemarca, un studiu sistematic în rândul recruților ar fi constatat o impulsivitate mai marcată la acești subiecți. Dar aceste noțiuni sunt de examinat în contextul unei personalități marcate de alte anomalii (în special o retardare mentală), orice interpretare univocă fiind abuzivă.

Pe plan hormonal. Este cu totul simplificator să facem din testosteron hormonul agresiunii, chiar dacă el pare să joace în mod efectiv un rol în sensibilitatea la amenințare și la frustrare.

ABORDĂRI TEORETICE. Diferite curente psihologice (comportamentalism, fenomenologie) au dat interpretări teoretice agresivității. Psihanaliza ne oferă abordarea cea mai completă. Importanța agresivității și legătura sa complexă cu sexualitatea au fost subliniate din ce în ce mai precis de către psihanaliști. În ultima sa teorie a impulsiilor, S. Freud introduce noțiunea de contopire-dezbinare a impulsiilor vieții și morții, corespunzând în mod global dualismului agresivitate–sexualitate: din dezbinare triumfă impulsia distructivă și ia naștere comportamentul agresiv. Pentru M. Klein agresivitatea, foarte importantă în prima copilărie, apare din primele luni (fantasme de distrucție și de devorare) și joacă un rol fundamental în maturizarea personalității, în special prin structurarea progresivă a subiectului în raport cu obiectul. Pentru D. Lagache, nici un comportament uman nu este lipsit de raport cu agresivitatea. În ceea ce privește comportamentele agresive patologice, clinica psihanalitică insistă asupra rolului carențelor afective precoce și al violențelor exercitate de foarte timpuriu de către tată, ceea ce duce la o tulburare a identificării și la un deficit al elaborării simbolice: agresivitatea nu-și poate găsi sensul pozitiv. „Copiii privați de dragoste vor deveni adulți plini de ură" (R. Spitz).

Abordarea biologică este dominată de cercetările neurofiziologilor, mai ales de acelea ale lui Karli. Pentru acest autor, orice comportament agresiv este un comportament instrumental care se înscrie într-o strategie ale cărei scopuri sunt fie afirmarea de sine și satisfacerea trebuințelor sau

a dorințelor, fie apărarea contra a ceea ce amenință integritatea fizică sau echilibrul relațional. Elaborarea acestei strategii ar cuprinde, în mod schematic, trei niveluri posibile: un nivel de comportament „reflex", în mare parte preprogramat genetic, un nivel la care stimulului îi este asociată o conotație afectivă, în funcție de trăirea individuală, un nivel de elaborare cognitivă în care sunt luate în seamă experiențele personale și contextul sociocultural. Pe plan fiziologic, existența unui centru al agresivității este întru totul respinsă, dar s-a putut demonstra rolul esențial al anumitor structuri cerebrale: în moderarea reactivității la stimulii „agresogeni" ar interveni în special hipotalamusul ventromedian, septul și nucleii rafeului. Tocmai în acești nuclei se află majoritatea neuronilor cu serotonină, ceea ce se coroborează cu noțiunea de deficit serotoninergic în cazul manifestărilor de agresivitate excesivă. Amigdala, pe care se proiectează o parte din acești neuroni serotoninergici, pare a fi o structură centrală în elaborarea unui comportament agresiv: tocmai la acest nivel stimulul, prin referință la urmele mnezice, își dobândește semnificația sa afectivă. În sfârșit, contextul prefrontal are un rol esențial de modulare și de control.

PATOLOGII PSIHIATRICE ȘI AGRESIVITATE. În stările nevrotice agresivitatea este cu atât mai puțin aparentă cu cât mecanismele de apărare, care îi permit să se exprime codificat, sunt mai eficiente.

Tocmai în nevroza obsesională agresivitatea este cea mai intensă, dar și cea mai mascată de formațiuni reacționale extrem de organizate. Se pot manifesta câteva izbucniri (furie, ticuri, ironie), dar trecerile la act rămân excepționale și sunt adesea marcate de ambivalență, de remușcări și de dorința de pedeapsă. În isterie, agresivitatea se înscrie mai deschis în eșec și în culpabilizarea celuilalt.

La psihopați, trecerile la acte agresive scurtcircuitează elaborarea psihică, au loc la cea mai mică frustrare și jalonează o biografie chinuită.

În stările psihotice apar comportamente agresive cu mecanisme diverse: agresivitate în relație directă cu angoasa psihotică, destructurarea conștiinței și trăirea delirantă în psihozele delirante acute; agresivitate nemotivată, discordantă la schizofrenici; agresivitate ca reacție la persecuții în delirurile paranoice.

Stările depresive reprezintă un model de amestec de auto- și heteroagresivitate, cum ne-o arată suicidul altruist al melancolicilor. Dar, în afară de aceste cazuri extreme, putem adesea repera manifestări agresive discrete în cursul depresiilor, iar ele trebuie să ne facă întotdeauna să ne temem de un risc suicidar. La copil și la adolescent, orice comportament agresiv necesită căutarea unei patologii depresive subiacente.

Agresivitatea stărilor deficitare organice este expresia alterării controlului emoțional.

La epileptic ea se înscrie, în mod clasic, în tulburările de personalitate, dar poate de asemenea surveni în paroxismele crizelor, mergând până la furia epileptică, deosebit de violentă.

Trebuie menționate două exemple de expresii patologice cu totul speciale ale agresivității: la pacientul psihosomatic, agresivitatea prizonieră se înscrie pe corp; la perverși ea este erotizată și canalizată în scenariul ales.

În sfârșit, se impune semnalat faptul că alcoolul și drogurile, prin efectul lor

dezinhibitor, favorizează trecerea la acte de agresivitate.

TRATAMENT. În afară de cazurile în care se înscrie într-o maladie psihiatrică diagnosticată, care are tratamentul ei, agresivitatea ca atare poate necesita o intervenție terapeutică, adesea asociabilă la diferite niveluri de acțiune.

Chimioterapiile pot avea aici un loc cu totul justificat: unele situații de urgență necesită un tratament sedativ cu tranchilizante. Dintr-o perspectivă mai profilactică, unele tratamente sunt în prezent utilizate în mod specific ca agresivolitice: eficacitatea timoreglatorilor (litiu-carbamazepină) în acest sens pare în prezent stabilită. Aceea a antidepresorilor serotoninergici rămâne ipotetică.

Pot fi indicate diferite psihoterapii: terapiile comportamentale permit modificarea destul de rapidă a comportamentelor; terapiile psihanalitice oferă o înțelegere mai globală a mecanismelor care intră în joc, însă dimensiunea relațională a problemei incită la privilegierea, în măsura posibilului, a terapiilor familiale*, de grup.

În sfârșit, intervențiile sociale se vor putea dovedi adesea esențiale: ameliorarea condițiilor de viață, tentativele de mediere în caz de conflicte, acțiuni pedagogice care vizează întărirea, prin valorizare, a atitudinilor de toleranță, comprehensiune etc., derivarea agresivității spre situații simbolice (sărbători, jocuri, sporturi etc.).

PSIHAN. **Ansamblu al manifestărilor reale sau fantasmatice ale impulsiei de agresiune.**

Concepția freudiană despre agresivitate a evoluat în paralel cu teoria privind impulsiile. Într-o primă perioadă, S. Freud refuză să recunoască — așa cum A. Adler l-a invitat începând din 1908 — în spatele conduitelor agresive opera unei impulsii specifice. Această specificitate nu ar fi fost, după părerea sa, decât aceea a oricărei impulsii: o propulsie constrângătoare care trebuie să ducă la învingerea obstacolelor. Punctul acesta de vedere va fi sensibil modificat în 1920, o dată cu introducerea impulsiei morții; Freud explică atunci sadismul prin acea parte a impulsiei morții pusă direct în serviciul impulsiei sexuale, iar masochismul erogen îl explică printr-o altă parte a impulsiei morții care rămâne în organism, unde este legată de libido prin excitația sexuală. În viziunea lui Freud, impulsia de agresiune apare deci ca însăși expresia impulsiei morții orientată spre exterior (*acting-out*). Viziunea lui J.Lacan este oarecum diferită (*l'Agressivité en psychanalyse*, 1948, în *Écrits*, 1966), deoarece el emite ipoteza unei agresivități care ar fi legată „cu relația narcisică și cu structurile de contestare și de obiectivare sistematică, structuri care caracterizează formarea Eului"; această agresivitate nu va putea fi depășită decât prin identificare oedipiană.

DIFER. Declanșarea agresiunii „spontane", care pare să nu se poată explica decât prin satisfacția intrinsecă procurată agresorului, depinde de anumiți factori de situație care se află în interacțiune cu anumiți factori personali, cum ar fi „apetitul de stimulare", posibil de evaluat cu ajutorul chestionarului lui J. Strelau. Subiecții de tip A sunt mai agresivi în unele împrejurări decât subiecții de tip B. Subiecții care obțin o notă ridicată pe *scara conștiinței de sine* (engl. *self-consciousness scale*) își controlează mai bine agresivitatea.→ TIP A ȘI TIP B.

Bibl.: Castets, P., *La mort de l'autre. Essai sur l'agressivité de l'enfant et de l'adolescent*, Privat, Toulouse, 1974; Karli, P., *Neurologie des comportements d'agression*, P.U.F., Paris, 1982; Vincent, J.D., *Biologie des passions*, O. Jacob, Paris, 1986.

AJUTOR SOCIAL PENTRU COPII (fr. *aide sociale à l'enfance, A.S.E.).* **Serviciu administrativ departamental cu rolul de a asigura copiilor protecția și condițiile afective și educative cele mai favorabile.**

De la promulgarea legilor privind descentralizarea din anul 1983 și din anii următori, acest serviciu public depinde de președintele consiliului general. Gerând căminele de copii, precum și stabilimentele specializate, A.S.E. are de asemenea în atribuțiile sale plasamentele în familii și adoptarea copiilor apți pentru aceasta din punct de vedere juridic. ↩

AKINEZIE (eng. *akinesia).* **Semn major al sindromului parkinsonian, care se exprimă prin absența aproape totală a gesticulației, dificultatea locomoției, încetarea balansării brațelor în timpul mersului, ceea ce în mare parte, stă la originea amimiei și a rarității clipitului.**

ALCOOLEMIE (engl. *blood alcohol level, BAL).* **Prezența alcoolului în sânge.**

Procentul de alcoolemie se exprimă în grame de alcool într-un litru de sânge. În Franța, legea fixează la 0,80 g de etanol pur pe litrul de sânge procentul dincolo de care conducerea unui automobil este un delict, chiar și în absența de accidente sau de încălcări ale Codului rutier. Legea se aplică și autorilor și victimelor crimelor și delictelor de drept comun. Măsurarea alcoolemiei se face fie cu ajutorul unui analizor al respirației sau etilometru (detecția etanolului în aerul expirat), fie cu ajutorul analizei chimice a sângelui prelevat prin puncție venoasă.

ALCOOLIC PERICULOS (engl. *dangerous alcoholic).* **Alcoolic despre care se poate presupune că este periculos pentru semenul său.**

Adoptând la 15 aprilie 1954 o lege referitoare la tratamentul alcoolicilor periculoși pentru semeni, parlamentul francez își propunea să determine să fie îngrijiți în mod obligatoriu alcoolicii periculoși care nu sunt delincvenți și pe cei care nu prezintă tulburări mentale care să justifice o internare. Într-adevăr, numeroși alcoolici, deși nu intră în nici una dintre aceste două categorii, nu prezintă mai puțin un pericol pentru anturajul lor și pentru societate. Cu toate acestea, legea nu definește în ce constă această periculozitate. Or, la alcoolic, efectul dezinhibator al alcoolului și rolul său de facilitator al trecerii la act fac ca periculozitatea să fie mereu potențială. Mai mult, trebuie ținut seama de factorii situaționali și sociali în aprecierea periculozității. Acești factori rămânând cel mai adesea contingenți, este deci deosebit de greu să se pună diagnosticul de alcoolic periculos.

ALCOOLISM (engl. *alcoholism).* **1) Dependență de alcool și ansamblul manifestărilor patologice datorate acestei dependențe. 2) Pierderea libertății de a se abține de la alcool (P. Fouquet).**

În 1849, un medic suedez, M. Huss, observând că numeroase afecțiuni gastroenterologice, neurologice, psihiatrice, cardiologice erau în mod manifest legate de absorbția nesăbuită de rachiu cu un ridicat

procent de alcool, a creat termenul *alcoolism*, ca numitor comun al unei patologii foarte diverse. Termenul folosit până atunci era *darul beției*. Acest termen în „ism" avea avantajul de a nu mai vehicula încărcătura afectivă care îi arunca pe beţivi în domeniul păcatului. Acest „viciu", multă vreme considerat de clasele conducătoare drept apanaj exclusiv al maselor truditoare, a fost la început raportat la consumul excesiv doar de băuturi distilate, pe când băuturile fermentate (vinul, berea) aveau reputația de a fi „igienice" și neprimejdioase. Numai după cel de al doilea război mondial noțiunea de alcoolism ca boală a căpătat prevalență, au fost întreprinse cercetări obiective și au fost instaurate schimburi internaționale, cu participarea Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.).

ALCOOLUL. Este fapt admis că, încă din zorii umanității, primii oameni au observat că un suc de fructe zaharat, expus la aer liber, devenea în câteva zile, datorită levurilor din ambianță, o băutură cu proprietăți psihotrope speciale. Înainte de a fi utilizată de către profani, aceasta a fost folosită în scopuri mistice și sacre. Berea și vinul au fost cunoscute de către sumerieni, și poate și de chinezi, cu patru mii de ani înainte de Iisus Christos. Mai târziu, la greci, Homer vorbește în mod expres de ele în *Iliada* și *Odiseea*, în timp ce acele băuturi erau fabricate în Caldeea, în Iudeea, în Palestina și mai ales în Egipt. Vinul este foarte des citat în Biblie. În Evanghelii, Iisus Christos consacră vinul ca materie de împărtășanie. Romanii cunoșteau arta de a cultiva, de a curăți via și de a selecționa butucii de viță de vie. În primele secole ale erei noastre, expansiunea creștinismului a mers mână în mână cu extinderea viticulturii în Galia. Cât privește barbarii din nordul Europei, ei știau să fabrice o varietate de bere. Două evenimente majore au marcat istoria alcoolului:

– în secolul al VII-lea d. Chr., Mahomet a interzis consumul oricărei substanțe care putea să dăuneze purității sufletului, în special consumul vinului. După moartea Profetului, cuceririle arabe au prohibit timp de secole folosirea alcoolului la toate popoarele islamizate;

– descoperirea meșteșugului distilării, la sfârșitul primului mileniu d. Chr., nu a fost cunoscută în Europa decât în secolul al XIII-lea (Raymond Lullus și Arnaud de Villeneuve), deși nu s-a stabilit dacă invenția alambicului se datorează grecilor sau arabilor. Rachiul (*aqua vitae*) obținut datorită acestui procedeu nu a fost cunoscut ca băutură decât din secolul al XVII-lea, până atunci fiind rezervat în scopuri farmaceutice — prepararea tincturilor — și terapeutice, întru păstrarea tinereții și prelungirea vieții. De la Platon și până la Huss, medicii, filosofii, oamenii Bisericii, juriștii, scriitorii și poeții recunoscuseră dubla înfățișare a băuturilor alcoolice fermentate sau distilate: fermenți de reconfortare, de bucurie, de convivialitate și de „sănătate", dar și surse de mizerie și de decădere pentru unii. De unde, în literatura mondială, fie imnuri de glorificare excesivă, fie condamnări vehemente (de exemplu, după prohibiția islamică, prohibiția din Statele Unite din perioada 1919–1933). „Apa care arde", care a primit numele de alcool prin 1635 (Bornehave), abia în secolul al XIX-lea a fost introdusă în familia chimică a alcoolurilor sub numele de *etanol*, având formula CH_2 CH_2 OH.

BĂUTURILE ALCOOLICE. Acestea se compun din două mari grupe:

Băuturile fermentate. Vinurile sunt obținute prin fermentarea alcoolică a strugurilor. Ele sunt extrem de diversificate în numeroase soiuri: roșii, albe, roz, dar și după specificul locului, în funcție de gustul lor și de gradele de alcool. Gradele de alcool pot varia de la 8,5 la 13°, iar uneori mai mult, în cazul unor vinuri naturale dulci. Berea este obținută prin fermentarea alcoolică a unui must fabricat cu mei și cu malț de orz pur sau asociat cu 30% cel mult boabe de orz crude; berea are între 4 și 9° alcool, după cum avem de-a face cu o bere blondă de masă sau cu o bere brună de lux. Cidrul și rachiul de bere provin din fermentarea sucului de mere sau de pere proaspete, cu sau fără adaos de apă, ajungând la 5–6° alcool. Hidromelul, probabil cea dintâi băutură alcoolică, se obține prin fermentarea unei soluții de miere de albine în apă de ploaie.

Băuturile distilate. Printre acestea se numără rachiurile. Pe când băuturile fermentate nu pot avea un grad de alcool mai mare de 16, rachiurile titrează de la 40 la 45°: de exemplu, rachiurile de cidru tip calvados (40°), rachiurile de fructe tip kirsch (50°), rachiurile din grâu tip whisky, gin, rachiu de ienupăr, vodcă, aquavit, rom industrial sau agricol (până la 50°). Spirtoasele sunt aperitive pe bază de vin (porto 20°, madera 17°) sau pe bază de alcool de bitters. Lichiorurile sunt băuturi foarte zaharate pe bază de rachiu puternic aromatizat, care titrează între 15 și 60°.

METABOLISMUL ALCOOLULUI. Alcoolul ingerat este absorbit la nivelul duodenului sau jejunumului. El ajunge masiv în ficat prin vena portă. Trei sisteme enzimatice (ADH, catalaza și meos) transformă etalonul în acetaldehidă. Aceasta, la rându-i, prin mecanisme complexe, este metabolizată în acetat, care este eliminat din organism.

Cercetări recente pun în evidență rolul capital al acetaldehidei în instalarea dependenței față de alcool, fie la nivelul metabolismului țesutului cerebral, fie la contactul membranelor celulare. Depistarea biologică a alcoolismului, practicată astăzi în mod curent, cuprinde, în afară de unele teste hepatice (transaminaza, de exemplu), măsurarea volumului globular mijlociu și dozarea unei enzime. Constatarea unei macrocitoze este un stigmat frecvent al alcoolismului, pe când creșterea gama G.T. poate, cu unele rezerve, să semnifice intoxicația alcoolică.

REALITĂȚI ȘI AMPLOAREA FENOMENULUI ALCOOL–ALCOLIZARE–ALCOOLISM. Timp îndelungat, consecințele individuale și colective ale consumului de alcool au fost insuficient cunoscute și în mod deliberat subestimate sau, invers, exagerate în mod ocazional. Astăzi, în Franța, Comitetul superior de studiu și informație asupra alcoolismului publică în fiecare an informații demne de încredere privind producția (pe categorii: vin, bere, cidru, rom etc.), distribuirea (numărul de debite), numărul de locuri de muncă existente pe ansamblul activităților legate de alcool, costul alcoolismului pentru finanțele de stat și acelea ale securității sociale, mortalitatea (a treia cauză de deces în Franța, după bolile cardiovasculare și cancere), morbiditatea (circa 2–2,5 milioane de alcoolici în Franța, dintre care 25% femei, și aproape tot atâția supraconsumatori, indivizi cu un risc ridicat, pe punctul de a deveni autentici bolnavi alcoolici). Este de asemenea cunoscut că absenteismul cu oprirea lucrului pentru boală (de patru ori mai ridicat la alcoolici decât la un grup-martor),

schimbările locului de muncă (în 40% din cazuri) sau incidentele juridice (19% din totalitatea infracțiunilor) fac parte din consecințele colective sau individuale ale consumului patologic de alcool.

ETIOLOGIE. Pentru a sesiza condițiile etiologice susceptibile să facă vulnerabil la alcool (devenit în acest caz agent patogen) un individ în mediul său, este necesar să examinăm cele trei dimensiuni ale sindromului alcoolic.

Factori psihologici. Există la unii indivizi factori psihologici sau psihopatologici, înnăscuți sau dobândiți, susceptibili să provoace sau să interzică apariția unei alcoolopatii? Poate fi reținută noțiunea de personalitate prealcoolică? Consumul patologic de alcool este legat de efectele sale psihotrope: pentru mulți plăcerea, pentru unii anihilarea angoasei. Or, angoasa, simptom major al patologiei mentale, poate fi, după J. Bergeret, expresia unei structuri psihotice, a unei structuri nevrotice sau a anumitor stări-limită. Recursul la alcool poate liniști tensiunile, dar numai temporar, de unde necesitatea de noi libații, ceea ce poate însemna intrarea pe calea dependenței. Psihiatria tradițională s-a arătat relativ puțin rodnică în sectorul alcoologic, cu excepția relațiilor posibile dintre alcoolism și depresie: observații clinice și studii genetice tind să pună în evidență, în anumite cazuri, alcoolismul și stările depresive (G. Winokur, 1972).

Psihanaliza a elaborat, la începutul secolului, ipoteze psihogenetice: K. Abraham (1908), S. Ferenczi (1911), S. Rado (1933). Mai recent, autori francezi ca J. Clavreul (1959), A. de Mijolla și S. A. Shentoub (1973), F. Perrier (1974), J. Bergeret (1978), F. Curtet (1978), C. Brisset (1978), M. Lasselin (1979) au arătat interes pentru alcoolism, punând în cauză cel mai adesea anomalii sau alterări ale schemelor identificatoare inițiale și deficite narcisice. Alte tipuri de studii se bazează pe informații culese cu ajutorul testelor de eficiență sau de personalitate, având drept obiectiv discernerea trăsăturilor presupuse specifice pentru o personalitate alcoolică. Se studiază, de asemenea, condițiile de educație și anomaliile parentale. În sfârșit, se fac cercetări longitudinale predictive: W. MacCord (1960), C. Robins (1962) și G. H. Jones (1968).

Ansamblul acestor cercetări multiple, divergente, uneori contradictorii, nu permit trasarea nici unui profil tipic. Dar rămâne viu interesul pentru ipotezele formulate pe plan psihologic, încercându-se a se răspunde provocării pe care o reprezintă opacitatea conduitei alcoolice.

Factori fiziologici. Ei constituie ansamblul dispozițiilor somatice sau predispozițiilor atipice susceptibile să influențeze vulnerabilitatea și toleranța la alcool. Mai multe ipoteze referitoare la mecanisme biochimice au fost emise: la nivelul neurotransmițătorilor (rolul produșilor de condensare, rolul catecolaminelor și al serotoninei), la nivelul metabolismului cerebral și la nivelul membranelor neuronale, în funcție de structurile acestora. Cercetările de acest tip se află în centrul interesului cercetărilor contemporane. La fel, studii genetice, care pun problema transmiterii unei dispoziții ereditare ce provoacă o vulnerabilitate înnăscută la alcool, au scos în evidență, datorită observării gemenilor sau copiilor adoptați, contribuția probabilă a unui factor ereditar (noțiunea de profil genetic specific).

Factori socioculturali. Prin factor sociocultural se înțelege ansamblul de influențe care se exercită asupra individului în

măsura în care el aparține unui anumit mediu, face parte dintr-un grup etnic definit, respectând moravuri și datini tradiționale, sau în măsura în care aderă la o religie, la anumite concepții metafizice sau morale. Influența structurii societății, capitalistă sau socialistă, rurală sau urbană, în care trăiește individul are un rol important. În afară de aceasta, individul evoluează la un nivel profesional stabil sau variabil, în interiorul piramidei sociale. În sfârșit, modalitățile educației sale, poziția grupului său social față de alcoolism au ponderea lor în conduitele individuale sau colective.

Iată câteva exemple. În mod tradițional, evreii, consumatori de băuturi alcoolice, au dintotdeauna reputația de a rămâne sobri. S. Snyder a efectuat mai multe anchete în Statele Unite, demonstrând că procentajul alcoolismului în grupul acelora care practică efectiv această religie este deosebit de mic. În anii '80, însă, observarea diferitelor grupuri de imigrați în Israel a revelat faptul că problema alcoolismului există realmente la această tânără națiune. Imigranții irlandezi în Statele Unite, foarte numeroși în secolul al XIX-lea și la începutul secolului XX, cel mai adesea de origine rurală, au trebuit să facă față unor mari dificultăți de adaptare. Procentajul alcoolismului la indivizii care compun acest grup este foarte ridicat, însă, de la a doua generație, el scade de la 38% la 20%. Comunitățile chineze instalate în Statele Unite exercită, din cauza unor tradiții culturale foarte vechi, un control familial și social foarte vigilent față de alcool, control pe care contactele cu civilizația americană nu l-au știrbit.

Un antropolog francez, A. Robert, a studiat îndeaproape datele istorice, sociologice și etnologice ale comportamentelor populare față de băuturile alcoolice. Rolul cabaretului, al debitelor de băuturi, al tavernelor sau cafenelelor este acela al unui loc privilegiat în care se țes legăturile de sociabilitate. Multe leacuri populare fac un loc important alcoolului.

Atitudinile culturale față de alcool se exprimă în anchetele de opinie publică. Alcoolul simbolizează și evocă mult mai mult reuniunile agreabile și mesele bune decât eventualele decăderi pe care le poate determina. Chiar dacă îl respinge pe alcoolic, opinia publică franceză admite mitul beției voioase și virile.

Factori economici. Aceștia constituie totalitatea elementelor care privesc producția, distribuția și consumul de alcool, precum și presiunile exercitate asupra grupului sau indivizilor care au interese angajate în acest sector de activitate.

Franța, primul producător mondial de vin, numără 1,5 milioane de viticultori. La un loc cu producătorii de bere, de cidru, de rachiu și cu toți cei care au de-a face cu comerțul sau industria de băuturi alcoolice, se ajunge la un număr de 3,5 milioane de persoane, adică mai bine de 10% din populația activă. Dacă adăugăm că 20% din exporturile agroalimentare franceze sunt constituite de băuturile alcoolice, măsurăm importanța intereselor aflate în joc. Prețurile de vânzare sunt relativ scăzute, iar eforturile de difuzare, de prezentare și de accesibilitate sunt manifeste, susținute de o publicitate deosebită. Aceasta a făcut obiectul câtorva limitări în 1988. Ponderea factorilor economici, mică în ținuturile neproductive, este mare în cele producătoare.

Intricarea celor trei categorii de factori, psihofiziologici, socioculturali și economici, este constantă. Influența lor este reciprocă. Formularea lui E.M. Jellinek, care datează din 1960, rămâne mereu valabilă: „În grupurile sociale care nu tolerează decât

mici consumuri cotidiene de alcool, numai acei indivizi care, din cauza unei mari vulnerabilități, au tendința de a se opune acestor norme sociale sunt pândiți de riscul intoxicării. Invers, în grupurile sociale care autorizează mari consumuri zilnice, este suficient să prezinți o vulnerabilitate minoră, de ordin psihologic, spre a fi expus acestui risc". Etiologia alcoolismului este multifactorială. A distinge, a defini acești factori multipli, a preciza modul lor de acțiune, a le atribui o valoare sunt operații dificile, cu atât mai mult cu cât există întotdeauna o intersectare și o interacțiune a acestora.

ALCOOLOPATIILE. Diagnosticul acestor stări patologice este teoretic simplu: conversații cu pacientul pentru a culege informații referitoare la antecedentele sale medicale, psihiatrice sau propriu-zis alcoologice, ca și referitoare la ecourile comportamentului său asupra vieții sale familiale, profesionale și sociale. Se practică în această privință teste psihologice, examene fizice și biologice (în ceea ce privește acestea din urmă, cercetarea procentului de gama G.T. și a volumului globular mediu).

De fapt, primul contact cu pacientul este deosebit de complex, punând în cauză personalitatea acestuia și a medicului. Într-adevăr, polimorfismul tablourilor clinice este deosebit de derutant, căci uneori nici un semn nu este aparent; bolnavul solicită consultarea pentru manifestări patologice care deja sunt complicații, dar care, pentru dânsul, nu sunt în mod evident legate de intoxicația sa (despre care el nu vorbește). De bună-credință, el poate ignora faptul că este deja dependent de alcool; bolnavul poate adopta față de medic o atitudine defensivă, refuzând cooperarea, negând sau disimulând într-o măsură sau alta; se poate, în sfârșit, să existe o patologie asociată, fizică și psihică (stare depresivă, de exemplu, în spatele căreia se ascunde sindromul toxic pe care trebuie să știm să-l depistăm). Majoritatea clincienilor sunt de acord că nu există un alcoolism, ci alcoolisme. Polimorfismul alcoolopatiilor a incitat la clasificări în interiorul sindromului alcoolic.

În 1960, E. M. Jellinek (1890–1963) a publicat o clasificare a alcoolopatiilor pentru care s-a servit de primele cinci litere din alfabetul grec. Alcoolismul *alfa* comportă un recurs la alcool în mod pur psihologic. Alcoolul este folosit pentru a calma dureri somatice sau emoționale. În realitate, această formă ar constitui preludiul formei gama descrise mai jos. Alcoolismul *beta* corespunde unei alcoolizări excesive și de lungă durată, în cursul căreia survin complicații de tip somatic (ciroze, polinevrite), fără a se putea pune în evidență o dependență fizică. Pe când în forma *gama* alegerea alcoolului privește îndeosebi alcoolurile tari, aici avem de-a face cu consumatori hipertoleranți care aleg mai degrabă băuturi fermentate cu slab conținut alcoólic. De fapt, alcoolismul beta ar fi forma care precede alcoolismul delta descris mai jos. Alcoolismul gama, cu pierderea controlului asupra consumului de alcool, corespunde întrucâtva alcoolozei*. Alcoolismul *delta*, cu incapacitatea de a se abține de la alcool fie și măcar o zi, prezintă o puternică componentă toxică și corespunde alcoolitei*. Alcoolismul *epsilon* are caracteristici comparabile cu somalcoolozele*.

În 1980, Asociația americană de psihiatrie a editat un manual diagnostic și statistic al tulburărilor mentale, DSM-III*, care distinge în ceea ce privește alcoolismul: criteriile abuzului de alcool, adică atât un mod de consum patologic definit cu acuratețe cât și un handicap al funcționării sociale și profesionale legat de acest consum; sindromul de dependență care comportă creșterea toleranței și sindromul de sevraj*.

Multe alte tentative nosologice au avut loc în ultimii 40 de ani. Nici una nu este pe deplin satisfăcătoare, dar toate au meritul de a stimula reflecția cu privire la ceea ce O.M.S. a decis să numească sindromul de dependență alcoolică.

Complicațiile alcoolopatiilor nu pot decât să facă obiectul unor enumerări succinte. Ele sunt fie de ordin gastroenterologic și hepatic (gastrite, cancer esofagian, pancreatite, steatoză, ciroză), fie de ordin neuropsihiatric (bețiile simple sau patologice, delir alcoolic acut, subacut sau cronic, nevrită optică retrobulbară, polinevrite, encefalopatii). Există, de asemenea, o patologie cardiovasculară legată de alcoolopatii.

ALCOOLISMUL FEMININ. Timp îndelungat ocolit de specialiști, care, împărtășind nerecunoașterea colectivă, îl acopereau cu un văl pudic, alcoolismul feminin are drept caracteristică gravitatea sa, amestecul aproape constant al unor factori psihonevrotici, amploarea unor tulburări organice cu care se asociază, dificultatea instituirii terapiei, clandestinitatea la care îl condamnă oprobriul social.

Alcoolismul feminin se deosebește de alcoolismul masculin prin:

1) o mai mică importanță numerică: 30% femei din numărul total de alcoolici din Franța, adică 800 000–900 000. Această proporție pare în creștere de 25 de ani în ceea ce privește bolnavii spitalizați. Dar creșterea trebuie relativizată, deoarece poate varia în proporții uimitoare: în Statele Unite, un alcoolic din trei este femeie, pe când în Martinica numărul femeilor alcoolice este aproape egal cu acela al bărbaților;

2) consumul patologic, care debutează mai devreme decât la bărbat, se stinge mai târziu;

3) durata intoxicației, înainte de solicitarea de îngrijiri, este mai scurtă decât la bărbat;

4) tipul de alcool consumat variază de la o țară la alta. În Scoția, de exemplu, nu există o deosebire semnificativă între bărbați și femei, pe când în Franța femeile alcoolice au o preferință aparte pentru alcoolurile tari și adesea pentru băuturi de felul apei de colonie.

Există unanimitate în a recunoaște că organismul feminin este mai vulnerabil decât acela al bărbatului. Vârsta medie de apariție a cirozelor la femei este cu 10 ani inferioară aceleia a bărbaților. La un bărbat o ciroză se constituie în 10–20 de ani, pe când la o femeie în numai 5 ani. Anomaliile electroencefalografice sunt mai frecvente la femei decât la bărbați, iar polinevritele și complicațiile neuropsihiatrice sunt mai precoce și mai severe. Supramortalitatea la femeile alcoolice tinere arată, de asemenea, că ele sunt mai marcate decât bărbații alcoolici de aceeași vârstă. Inegalitatea fiziologică se adaugă deci unei inegalități sociologice.

Din punct de vedere clinic, importanța problemelor psihonevrotice este majoră. Se reperează structuri nevrotice sau puternice elemente depresive; abordările psihanalitice în Franța (M. Fontan, Lasselin) arată că totul se petrece ca și cum femeia alcoolică are despre ea însăși o imagine lacunară, segmentară și se vede ca pe un teren de falii și de leziuni narcisice necicatrizate. Acest vid central nu poate fi umplut provizoriu decât prin ingestia unui

obiect real, alcoolul. Dincolo de ponderea factorilor sociologici și de vulnerabilitatea fiziologică proprie organismului feminin, recursul patologic al femeii la alcool are aceeași semnificație ca la bărbat, aceea a unei amăgeli și a unui eșec.

Pronosticul la o femeie alcoolică gravidă este greu de stabilit. Consecințele pentru fetus pot fi foarte severe (întârziere de creștere, anomalii morfologice specifice ale craniului și membrelor, malformații). Contracepția pune probleme specifice.

ALCOOLUL ȘI TINERII. De vreo două decenii alcoolizarea tinerilor a căpătat o caracteristică nouă. Alcoolizării tradiționale prin imitație, din obicei sau gust i-a succedat un recurs la alcool care uneori se substituie toxicomaniei, dar care de asemenea poate conduce la toxicomanie sau i se poate asocia. Alcoolizarea capătă în acest caz un caracter particular, însoțindu-se de agresivitate, delincvență, tendință suicidară, imprudență deliberată în materie de conducere a automobilului sau vehiculului pe două roți.

Vârsta medie a primului consum tinde să scadă de vreo 10 ani, iar alcoolizarea regulată sau excesivă începe între 12 și 14 ani. În toate mediile, băieții consumă mai mult decât fetele.

Alcoolizarea juvenilă include:

1) școlari (anchetă I.N.S.E.R.M., F. Davidson și J.-P. Choquet, 1980) la care o adaptare școlară mediocră joacă un rol determinant; adesea alcoolul este asociat cu tutunul;

2) tineri muncitori (J. Zourbas): ei consumă mai mult alcool decât tinerii liceeni;

3) tineri recruți (J.G. Bernard): la cazarmă consumul de alcool este relativ slab (numai 25% dintre recruți beau cu regularitate băuturi alcoolice). Dimpotrivă, ieșirile de sâmbăta pot fi udate în mod copios.

În cea mai mare parte a cazurilor, alcoolizarea juvenilă nu duce la constituirea unui sindrom alcoolic la vârsta adultă, datorită maturizării și unei stabilizări de bun augur. Dimpotrivă, anxietatea, depresia, mahmureala sau unele structuri prepsihotice subiacente alcoolizărilor precoce pot necesita o intervenție terapeutică.

TERAPIE. Apăsătorului pesimism terapeutic de până în 1950 i s-au substituit conduite terapeutice foarte diverse, care au loc în structuri sanitare originale. Responsabilii de sănătatea publică, opinia medicală, opinia publică au evoluat mult.

Obiectivele urmărite sunt de două categorii. Trebuie într-adevăr să fie tratate alcoolismul simptomatic și complicațiile sale, adică să se ajungă la o ruptură cu toxicul, la operarea unui sevraj, urmat de o abstinență totală și necondiționată. Pacientul trebuie de asemenea ajutat să-și reconstruiască ansamblul unei traiectorii lezate de alcool, să-și reorganizeze viața, să-și restaureze capacitățile relaționale, să-și regăsească autonomia și un mod de a trăi fericit fără alcool. Ușor de enunțat, aceste principii sunt greu de urmat. De fapt, solicitarea de îngrijiri este rareori clară și explicită. Ea este uneori mascată în spatele unei simptomatologii de împrumut, digestivă sau neurologică. Adesea este formulată indirect, de o terță persoană: soț, patron, medicul de la locul de muncă, poliție, autorități de sănătate publică etc. Împins să solicite un ajutor terapeutic, căruia nu pre îi recunoaște temeiul, pacientul riscă să s arate reticent față de terapeut, ba chiar ostil.

În mod clasic, medicul, fie el generalist sau specialist (în acest caz mai degrab gastroenterolog sau psihiatru), este singur

investit cu funcția terapeutică. De fapt, însă, mulți alții participă în mod activ la această terapie: asistenți sociali, vizitatori sociali, consilieri în alcoologie, psihologi, infirmieri, precum și foști bolnavi aderenți la grupurile nefaliste*. Capacitatea terapeutică a acestui personal este incontestabilă, mai ales în demersurile pe termen lung.

Primul contact dintre pacient și terapeut este un act important, care inaugurează o relație îndelungată. Se cuvine ca medicul să-și demonstreze nu numai știința, ci, cu tact și răbdare, și capacitatea sa de a o pune în practică. Nu mai este vorba de a pune un diagnostic, ci de a-l face pe pacient să se recunoască drept alcoolic, de a-i expune total sau în parte situația, evitând travestirea prea fățișă a adevărului. Practica testelor (de personalitate sau de eficiență) poate fi un mijloc de contact, la fel ca și examenele biologice. A ști să asculți plângerile familiei sau ale anturajului va putea contribui la un prim bilanț global, care să orienteze programul terapeutic. Programul terapeutic este ansamblul coerent și previzional al mijloacelor de îngrijire medicamentoase, psihologice și sociologice. Ales de terapeut sau de terapeuți, în acord cu pacientul și cu anturajul acestuia, el trebuie să țină seama de situațiile fiecăruia, spre a atinge cele două obiective definite mai sus. Unii terapeuți au crezut de cuviință să-și fixeze ca scop restaurarea unei toleranțe normale la alcool. Reluarea unui consum controlat ar fi posibilă fără reapariția manifestărilor psihice, fizice sau sociale ale maladiei alcoolice. După numeroase experimentări, majoritatea autorilor conchid asupra caracterului falacios al acestei noțiuni.

Încă de la începutul aplicării programului terapeutic se pune problema: este necesară sau nu o spitalizare? Opțiunea va fi călăuzită de aprecieri privind:

– starea bolnavului, care manifestă sau nu imposibilitatea unui sevraj ambulator, o alterare gravă a stării sale generale, a comportamentelor psihiatrice, a reacțiilor suicidare posibile, o periculozitate potențială;

– gradul de intoleranță al anturajului, care necesită sau nu o ruptură momentană cu mediul.

Chimioterapiile sunt esențialmente constituite din tranchilizante, antidepresori, neuroleptice și vitamine. Tehnicile aversive utilizează apomorfina, pe când tehnicile de interdicție recurg la alte medicații (disulfiram și metronidazol). Magneziul face și el parte din anumite scheme chimioterapeutice.

Au fost utilizate toate psihoterapiile individuale sau de grup. Nici una dintre ele nu se poate prevala de o superioritate pe termen lung, în afară de aceea, originală, pusă în practică de asociațiile foștilor băutori sau de grupurile de nefaliști.

Evoluția terapeutică este presărată de incidente sau accidente imprevizibile și scapă oricărei descrieri. Recidiva sau recidivele, adică reluarea consumului de alcool, nu este decât unul din elementele traiectoriei. Ea nu trebuie nici exagerată și nici trecută sub tăcere. Apariția de elemente depresive, cu risc suicidar, merită a fi menționată din cauza relativei sale frecvențe. Caracterul repetitiv al unor secvențe — spitalizare, recidivă, respitalizare, iarăși recidivă etc. — trebuie să incite la o nouă estimare a programului terapeutic, la punerea în cauză a terapeuților înșiși, ca și la aprecierea unor factori individuali sau situaționali în care alcoolicul se află prizonier. Dacă elementele de pronostic se arată în general neadecvate, rezultatele ca

atare, pe termen scurt, mediu sau lung, în funcție de numeroși parametri, nu pot fi evaluate în mod global. Cutare alcoolic, care a fost obiectul unor îngrijiri atente timp de 10 ani, cu eșecuri constante și reiterate, poate să ajungă la o perioadă de excelentă stabilitate în anii următori. Invers, după ce a vădit un rezultat bun timp de 10–20 de ani, cutare altul va recidiva grav și va intra într-o fază patologică severă și durabilă. Aceste imprevizibilități și incertitudini nu trebuie să incite echipele de terapeuți la descurajare și abandon. Cu excepția unor complicații organice grave sau a unor deteriorări psihice ireversibile, este necesar să se urmeze cu tenacitate terapiile întreprinse.

ALCOOLOGIE MEDICO-SOCIALĂ. Elaborarea unui ansamblu de texte legislative și reglementare este contemporană cu evoluția ideilor cu privire la alcoolism, începând din 1950. Cauzele economice sunt vizate în măsura în care supraproducția favorizează supraconsumul, de unde tentativele de limitare a viticulturii, de abolire progresivă a privilegiului povarnagiilor, de contingentare a debitelor pentru moderarea distribuției și frânarea publicității. Legea din 1954 a instituit o procedură (prea complexă) de incitare a alcoolicilor periculoși de a solicita îngrijirea medicală, dar în același timp și în premieră au fost create stabilimente de îngrijire, centre de 100 de paturi sau secții de 25 de paturi. Aplicarea rămâne insuficientă. Comitetul superior de studiu și informație asupra alcoolismului a fost creat în același an. Începând din anii 1970, ministerul sănătății a creat centre zise „de igienă alimentară" (de fapt, centre alcoologice de prevenire și de tratament), din inițiativa unui medic din cadrul S.N.C.F., dr. Le Go. În 1989, mai bine de 250 de centre de acest fel au fost repartizate pe teritoriul Franței. Cele mai multe dintre ele sunt gerate de A.N.P.A. (Asociația națională pentru prevenirea alcoolismului), succesoare a Comitetului de apărare contra alcoolismului.

Numeroase anchete, atât în Franța cât și în străinătate, demonstrează rolul avut de impregnarea alcoolică în accidentele rutiere. Începând din 1955, au fost luate măsuri pentru a se încerca stăvilirea hecatombei rutiere (circa 16 000 de morți și 300 000 de răniți în 1976). Studii mai riguroase au fost făcute în Franța de C. Got la spitalul din Garches: aproape 40% dintre accidente sunt în corelație directă cu o alcoolemie superioară procentului legal de 0,8 g de alcool pe litrul de sânge. O serie de noi legi sau decrete încearcă să domine fenomenul, dar ele rămân greu de aplicat în pofida progreselor recente în materie de dozare a alcoolului în sânge (alcooltestului i-a succedat etilometrul). → ALCOOLEMIE

În ceea ce privește prevenirea, multe eforturi au loc la nivel de indivizi și de opinie publică. Sarcină ingrată, însă necesară, prevenirea încă nu dispune de baze științifice (în special epidemiologice), pe când efectele sale reale sunt greu de măsurat. Medicina muncii corespunde unui sistem de medicină preventivă situat sub dublul control al beneficiarilor (comitet de întreprindere) și de stat (inspecția muncii). Examenul periodic al salariaților permite depistarea supraconsumatorilor și alcoolicilor și prevenirea unor accidente (schimbările de loc de muncă). În unele întreprinderi, medicina muncii, în acord cu grupurile nefaliste corporative, poate juca un rol activ în informare și în prevenire

ALCOOLITĂ (engl. *alcoholitis*). **Una din formele clinice ale alcoolopatiilor, cea mai răspândită la bărbat în Franța.**

Alcoolita comportă un factor psihic nepredominant la început: subiectul — individ „paranormal" care, de la sfârșitul adolescenței, consumă zilnic și în tovărășie importante cantități de vin, bere sau cidru — nu prezintă în aparență nici o structură nevrotică, psihotică sau perversă. Factorii de mediu joacă un rol important; sexualitatea este normală. Se observă o aservire progresivă a factorului de toleranță, iar bețiile sunt relativ rare. Evoluția este lentă, 10–20 de ani, înainte de apariția unor manifestări hepato-digestive sau a unor tulburări de comportament. Factorul toxic crește în paralel cu factorul de toleranță.

ALCOOLOGIE (engl. *alcohology*). **„Disciplină consacrată la tot ceea ce are legătură, în lume, cu alcoolul etilic: producție, conservare, distribuție, consum normal și patologic, cu implicațiile acestui fenomen, cauze și consecințe, fie la nivel colectiv, național și internațional, social, economic și juridic, fie la nivel individual, spiritual, psihologic și somatic. Această disciplină autonomă își ia instrumentele de cunoaștere de la principalele științe umaniste, economice, juridice și medicale, descoperind, în evoluția sa, propriile-i legi" (P. Fouquet, 1967).**

Acest concept nou, centrat pe obiectul alcool, a permis o lărgire, o îmbogățire și o mai bună coeziune vizavi de psihiatrie și de toxicomanii. Alcoologia face obiectul învățământului universitar, iar în 1978 a condus la crearea unei Societăți franceze de alcoologie.

ALCOOLOPATIE (engl. *alcoholopathy*). **Stare comportamentală constituită de tulburări ale toleranței la etanol și de instalarea unei dependențe față de acest produs.**

Ansamblu eterogen, al cărui polimorfism expresional este foarte vast, alcoolopatiile capătă la nivelul individului semnificații existențiale foarte diverse, al căror numitor comun este pierderea libertății de a se abține de la alcool. Etiologia lor este slab cunoscută.

ALCOOLOZĂ (engl. *alcoholosis*). **Una din formele clinice ale alcoolopatiilor, foarte frecventă la femeie.**

Factorul psihic este dominant: angoasă, depresie, slabă toleranță la frustrări, căutare afectivă nesatisfăcută, tulburări de sexualitate, dezechilibru psihopatic, stări limită etc. Factorul de toleranță este mediu la subiecții pentru care alcoolul tare este utilizat mai mult ca agent terapeutic decât prin gust. Factorul toxic rămâne de intensitate mijlocie, deoarece episoadele patologice ale consumului solitar sunt intermitente, discontinui și de scurtă durată.

Acești bolnavi sunt determinați să consulte medicul după o evoluție relativ scurtă — de ordinul a câțiva ani — din cauza unor tulburări grave și precoce de comportament (beții atipice).

ALEGERE PSIHICĂ INVIZIBILĂ (engl. *invisible psychic choice*). **Model etiologic al unor crize sau decompensări isterice.**

Introdusă de către E. Kretschmer, această sintagmă desemnează procesul psihologic care propulsează un subiect spre o fugă sau o agitație dezordonată atunci când se află în fața unui pericol material sau psihologic;

o atare reacție la pericol implică o manifestare a impulsiei vieții și a impulsiei morții (*basic drives*). De altfel, Kretschmer a avut o anumită influență asupra lui J. Lacan, iar titlul articolului acestuia din urmă („La causalité psychique", 1947) este de fapt titlul unui subcapitol din *Psihologia medicală* a lui Kretschmer. În consecință, putem opune „alegerea psihică invizibilă" unei „alegeri forțate" care, deznodând realul, simbolicul și imaginarul, ar lăsa să apară fenomenul psihotic. → FURTUNĂ MOTORIE; ISTERIE.

Bibl.: Kretschmer, E., *Hysterie, Reflexe, Instinkt*, 1923, trad. engl., London, Peter Owen, 1961; Lacan, J., „Propos sur la causalité psychique", 1946, in *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; Lacan, J., *Les psychoses*, Le Seuil, Paris, 1981.

ALEXIE (engl. *alexia*). **Formă de agnozie vizuală caracterizată prin pierderea capacității de a citi limba scrisă sau imprimată, în pofida conservării inteligenței și a funcției vizuale.**

Se impune să distingem o alexie optică pură, fără agrafie și fără tulburare de limbaj interior, o alexie optico-agnozică, cu agnozia culorilor, a obiectelor și spațiului, și o alexie care se asociază cu agrafia, caz în care pacientul nu poate nici citi și nici scrie.

ALEXITIMIE (engl. *alexithymia*). **Incapacitate de a-și exprima emoțiile.**

Termenul de *alexitimie*, apărut în Statele Unite în jurul anului 1973 (P. E. Sifneos), se aplică la descrierea personalității unor bolnavi psihosomatici care se caracterizează printr-o mare dificultate de verbalizare a sentimentelor și emoțiilor lor, printr-o viață fantasmatică foarte săracă și o gândire și un discurs esențialmente orientate spre preocupări concrete (→ PSIHOSOMATICĂ). Asemenea pacienți pot lăsa să apară starea emoțională exclusiv prin prisma plângerilor lor somatice. Ei demontrează, într-adevăr, mari dificultăți în distingerea dinamicii lor afective de senzațiile corporale.

Acest tablou clinic este adesea asociat cu o simptomatologie somatică importantă. Îl întâlnim frecvent la subiecții cu statut socioeconomic scăzut, la unii toxicomani și după evenimente traumatice grave. În maladiile psihosomatice, ca astmul, pacienții alexitimici prezintă o evoluție net mai defavorabilă decât cei care nu suferă de alexitimie. Ei sunt prea puțin sensibili la psihoterapie. Unii clinicieni cred chiar că alexitimia este consecința unei malformații cerebrale și în special a unei deficiențe a conexiunilor interhemisferice (agenezie a corpului calos, sechele de comisurotomie — Tenhouten și Hope).

ALIANȚĂ (engl. *alliance*). **Uniune, acord între două sau mai multe persoane pentru promovarea unor scopuri sau interese comune.**

La nivel familial, orice alianță transgenerațională este ilegitimă. Ea duce la modificarea ierarhiei funcționale a familiei și se poate afla astfel la originea unor tulburări psihopatologice la unul dintre membrii grupului natural.

ALIANȚĂ TERAPEUTICĂ (engl. *therapeutic alliance*). **Modalitate a unor psihanalize, caracterizată printr-un ajutor dat pacientului de către Eul adaptativ întru continuarea analizei și întreținută de dorința de a-și învinge nevroza, voința conștientă și rațională de a coopera la cură și aptitudinea de a urma sfaturile și intuițiile psihanalistului.**

Pentru psihanaliștii care o preconizează, această alianță terapeutică ar fi contrapartida necesară a nevrozei de transfer, care îl leagă pe pacient de terapeut. Ea ar împiedica instaurarea definitivă a acesteia și transformarea analizei într-o *unedliche Analyse*. Căci ar fi necesar ca „nevrozatul să stabilească și să mențină un alt tip de raport cu psihanalistul, în marginea reacțiilor sale de transfer, dacă el dorește să intre și să lucreze pe picior de egalitate în situația analitică" (R.R. Greenson).

Termenul pare a fi fost introdus de către F. Zetzel, în 1956, care i-a dezvăluit importanța, subliniind că este lesne să-i deosebești pe psihanaliștii clasici de cei ai școlii Annei Freud după cum ei ignoră sau utilizează acest aspect particular al transferului. Într-adevăr, în lucrarea sa *Eul și mecanismele de apărare* (1936), Anna Freud promovează noțiunea de Eu adaptativ, asimilând în același timp rezistențele și mecanismele de apărare ale acestui Eu. Paralel, școala americană a egopsihologiei, cu H. Hartmann, E. Kris și R. Loewenstein, a dezvoltat aceleași concepții. Din 1939, Hartmann descria funcțiile autonome ale Eului, ale cărui rudimente și-ar face apariția din primele luni de viață și care vor aparține Eului atunci când acesta se va individualiza. Noțiuni cum sunt autonomia anumitor funcții ale Eului și dezvoltarea autonomă au oferit deci baza și justificarea sa alianței terapeutice.

Greenson, L. Stone, H.W. Loewald o vor preconiza deci, la finele anilor '50, în epoca în care analizele tocmai deveniseră interminabile în Statele Unite, pentru a permite pacientului să ajungă mai repede la sfârșitul curei sale. Ei regăsesc de altfel această modalitate de cură deja descrisă în transferul rațional al lui O. Fenichel (1941) și în ceea ce R. Sterba repera în 1929 cu privire la identificarea pacientului cu psihanalistul, care îl făcea să se intereseze de activitatea pe care ei trebuia să o realizeze în comun.

Sterba notase de asemenea, în 1934, că această voință de colaborare mutuală se valorifică „între Eul rațional al pacientului și Eul analizant al psihanalistului". Într-adevăr, în această relație de alianță, pacientul realizează o identificare parțială cu psihanalistul, acționând asupra sa și interpretându-și rezistențele, așa cum o face terapeutul său. Dar trebuie ca el să fie capabil să mențină și să controleze această formă de transfer relativ „rațional, desexualizat și neagresiv". Este evident că subiecții narcisici, borderline, psihopați și cu atât mai mult psihoticii nu sunt capabili de aceasta. Trebuie ca pacientul să aibă, pe de o parte, nevoie de reacțiile de transfer și de capacitatea de a regresa, iar, pe de altă parte, „un Eu puternic sau acea formă particulară de plasticitate a Eului care să-i permită să-și întrerupă regresiunea pentru a stabili o alianță de lucru rezonabilă și motivată" (H.W. Loewald).

Această variantă a curei-tip a întâmpinat numeroase critici din partea psihanaliștilor, îndeosebi din partea acelora care se opuneau egopsihologiei din care ea se inspira. Dacă unii 's-au mulțumit să spună că „aceasta mergea cu atât mai bine cu cât pacientul nu era cu adevărat bolnav", alții, cei mai mulți, J. Lacan în special, au văzut în aceasta o veritabilă pervertire a psihanalizei. Pentru Lacan o astfel de analiză nu făcea de fapt decât să deseneze „relația unui Eu cu un Eu". Divizând Eul pacientului în partea sănătoasă și partea bolnavă, se creează o serie de „bipartiții ale

Eului subiectului", care, duse *ad infinitum*, s-ar reduce la limită la Eul psihanalistului. Iar pe această cale „puțin interesează că se procedează după o formulă în care se reflectă reîntoarcerea la disprețul tradițional al savantului pentru «gândirea morbidă», iar vorbind cu pacientul «pe limba sa», nu i se dă în fond cuvântul". Socotindu-se că terminarea psihanalizei implică identificarea subiectului cu Eul psihanalistului (W. Hoffer), se exclude subiectul de la orice fondare în limbajul său. Iar psihanalistul nu ar putea să-i comunice nimic pacientului „care să nu fie luat drept o știință preconcepută sau o intuiție imediată, adică să nu fi fost supus organizării propriului său Eu" (Lacan, *Variantes de la cure-type*).

În pofida acestor critici și a faptului că ea ar fi căzut în desuetudine o dată cu declinul egopsihologiei la psihanaliști, alianța terapeutică rămâne larg preconizată și utilizată în diverse psihoterapii de inspirație psihanalitică sau cognitivă. Așa se explică faptul că există, pentru a măsura calitatea relației dintre pacient și terapeutul său, un *Helping Alliance Questionnaire* care prezintă două versiuni paralele, una destinată bolnavului, iar cealaltă îngrijitorului. Pentru mulți psihoterapeuți, eficiența psihoterapiei lor ar depinde în mare parte de calitatea acestei alianțe de lucru, pe care ei caută să o instituie și să o repereze încă de la începutul curei. Iar în studiile cele mai recente asupra factorilor de succes ai psihoterapiilor, rareori alianța terapeutică nu este citată ca fiind una dintre cele mai determinante.

Bibl.: Freud, A., *Le moi et les mécanismes de défense*, (1936), trad.fr., P.U.F., Paris, 1950; Greenson, R.R., *Technique et pratique de la psychanalyse* (1967), trad.fr., P.U.F., Paris, 1977; Lacan, F., *Variantes de la cure-type*, E.M.C., Paris, 1955.

ALOCAȚIA DE EDUCAȚIE SPECIALĂ (fr. *allocation d'éducation spéciale*). **Prestație socială pe care o poate percepe familia unui copil handicapat sau handicapatul însuși, dacă este major, cu condiția de a îndeplini modalitățile de atribuire.**

Legea de orientare din 30 iunie 1975 în favoarea persoanelor handicapate este aceea care a instaurat această alocație de educație specială (A.E.S.). Comisia departamentală de educație specială (C.D.E.S.) este singura competentă să atribuie această alocație. Trebuie reunite anumite condiții, atât din partea părinților cât și din partea copilului însuși.

Copilul sau adolescentul trebuie să aibă mai puțin de 20 de ani și să aibă reședința în metropolă sau într-un departament *d'outre mer*. Trebuie, în afară de aceasta, să justifice un procentaj de incapacitate permanentă de cel puțin 80%. Acest procentaj este apreciat după ghidul-barem al invalidităților, aplicabil cu titlul de Cod al pensiilor militare de invaliditate și al victimelor de război. Dacă copilul este atins de un handicap fizic, senzorial sau mental al cărui procentaj de incapacitate este cuprins între 50 și 80%, el poate să facă obiectul și pentru atribuirea unei asemenea alocații. Trebuie însă să frecventeze un stabiliment de educație specială pentru handicapați sau ca starea sa să ceară recursul la un serviciu de educație specială sau de îngrijire la domiciliu în cadrul măsurilor preconizate de comisia departamentală de educație specială. Alocația nu se acordă atunci când copilul este plasat în internat, cu plata integrală a cheltuielilor

prin asigurările pentru boală, stat sau ajutorul social.

Părinții copilului trebuie să aibă reședința în metropolă sau într-un departament *d'outre mer* și să exercite o activitate profesională normală; în caz contrar, trebuie să justifice imposibilitatea de a munci. Nu există, de altfel, nici o condiție privind resursele. Cei interesați trebuie de asemenea să-și asume obligația efectivă și permanentă privind copilul care îndeplinește condițiile de succesiune.

C.D.E.S. este aceea care fixează durata atribuirii alocației; durata este întotdeauna temporară, între 1 și 5 ani; alocația este reînnoibilă în aceleași condiții cu ale primei atribuiri. Vărsământul alocației speciale este asigurat de casa de alocații familiale (C.A.F.). Atribuirea acestei alocații determină afilierea automată la asigurarea pentru bătrânețe a mamelor sau femeilor care au în sarcină persoana handicapată de cel puțin 20 de ani. Un supliment de educație poate fi acordat pentru copilul atins de un handicap a cărui natură și gravitate cer cheltuieli deosebit de ridicate sau necesită recursul frecvent la ajutorul unei terțe persoane.

În caz de litigiu de ordin tehnic, un recurs de grație poate avea loc în fața comisiei respective; la fel, un recurs contencios poate avea loc în fața comisiei regionale a contenciosului tehnic al Securității sociale. Începând cu vârsta de 29 de ani, persoana handicapată poate beneficia de o alocație pentru adulții handicapați, acordată de comisia tehnică de orientare și de reclasare profesională (COTOREP), dacă îndeplinește condițiile legale.

ALOCAȚIE PENTRU ADULȚI HANDICAPAȚI (fr. *allocation aux adultes handicapés*). **Prestație socială care poate fi percepută de adulții handicapați care îndeplinesc condițiile de atribuire.**

Această alocație pentru adulți handicapați (A.A.H.) a fost instaurată de legea de orientare din 30 iunie 1975 în favoarea persoanelor handicapate.

Condițiile medicale sunt apreciate de comisia tehnică de orientare și de reclasare profesională (COTOREP), care există în fiecare departament. Persoana handicapată trebuie să justifice un procentaj de incapacitate permanentă de cel puțin 80%. Acest procentaj este apreciat după ghidul-barem al invalidităților, aplicabil cu titlul de pensii militare de invaliditate și al victimelor de război. În lipsa atingerii procentului prevăzut, persoana trebuie să justifice un handicap permanent, fizic, senzorial sau mental care îl face incapabil să-și procure un loc de muncă.

Condițiile administrative sunt verificate de casa de alocații familiale (C.A.F.). Cel interesat trebuie să fie în vârstă de peste 20 de ani, să aibă reședință în Franța, să fie de naționalitate franceză sau resortizant dintr-o țară cu care Franța să fi încheiat o convenție privind alocarea acestei alocații.

Condițiile legate de resurse sunt verificate tot de C.A.F. Totalitatea resurselor celui interesat nu trebuie să depășească un anumit plafon.

Durata atribuirii alocației este fixată de către COTOREP, fiind întotdeauna temporară, cuprinsă între 1 și 5 ani; alocația este reînnoibilă în aceleași condiții inițiale. Plata cât și lichidarea alocației sunt asigurate de C.A.F. Perceperea A.A.H. determină afilierea cu titlu personal și obligatoriu la regimul general de securitate socială. În caz de spitalizare a persoanei handicapate pe o perioadă de peste 60 de zile, cuantumul alocației se reduce: cu 20%

dacă alocatarul este căsătorit, cu 50% dacă este celibatar, văduv sau divorțat. Nici o reducere nu este operată în cazul în care alocatarul are un copil sau un ascendent pe care îl întreține. A.A.H. poate fi sporită cu alocația compensatoare dacă subiectul necesită ajutorul unei terțe persoane, sau dacă activitatea sa profesională îi impune cheltuieli suplimentare. Începând cu vârsta de 60 de ani, C.A.F. îi orientează pe cei interesați către organismul de asigurare pentru bătrânețe competent și îi invită să ceară, dacă este cazul, alocația suplimentară de la Fondul național de solidaritate. În caz de litigiu tehnic, un recurs poate fi înaintat la comisia regională a contenciosului tehnic al Securității sociale.

AMENTIA (engl. *amentia*). **Vechea denumire a nebuniei sau a debilității, de care se folosește S. Freud.**

Acest termen, aci desuet, are două semnificații fundamentale. Primul sens, sinonim cu „confuzia", a fost dezvoltat de Th. Meynert la Viena, ceea ce explică utilizarea acestui cuvânt de către Freud. Sunt de menționat și alte sinonime: „delir acut", „delir general", „manie", „stare de frenezie", „melancolie agitată", „melancolie stuporoasă", după preferința autorilor (C. Lévy–Friesacher). Meynert expune următoarea concepție despre amentia: „acești bolnavi se risipesc în asimilări lipsite de judecată, în acte de violență lipsite de motivație. Manifestă când o frică trecătoare, când o suficiență trecătoare [...]. Spusele lor sunt vide, constând din asonanțe fără sens și în pure însușiri de cuvinte. Apoi cad într-o absență totală de manifestări, într-o stare de totală stupoare și de mutism imaginar. Sau oferă, în chip de discurs, o mimică barocă, adesea foarte monotonă. Boala se asociază cu atitudini corporale și cu mișcări pe loc, fără cauză, cu tremurături ale membrelor, vertije și convulsii. Pot să apară toate simptomele de excitație funcțional posibile, care se pot cumula sau succeda, ba chiar pot lipsi [...]. Ceea ce reiese din toate aceste tablouri [...] este absența de legătură a simptomelor între ele [...]. Nu avem dreptul să traducem confuzia prin demență, după exemplul celor care definesc astfel idioția". Așadar, pentru Meynert amentia ar îngloba anxietate, agitație, confuzie și percepții lipsite de comprehensiune.

Numeroși autori de limba engleză acordă aceluiași termen alte semnificații: uneori amentia desemnează tulburări, atribuite unei cauze biologice (delir, stupoare, comă), alteori desemnează o tulburare a intelectului (idioție), înnăscută sau dobândită. Dacă se consideră că tulburarea este înnăscută, datorită unei maladii a mamei sau unui viciu constituțional, se pune diagnosticul de *amentia primară (primary amentia)*; dimpotrivă, dacă tulburarea se manifestă mai târziu, ca urmare a unui accident sau a unei infecții, se vorbește de *amentia secundară (secundary amentia)*. → CONFUZIE MENTALĂ; DEBILITATE.

Bibl.: Lévy–Friesacher, C., Meynert–Freud „l'Amentia", P.U.F., Paris, 1983.

AMFETAMINĂ (engl. *amphetamine*). **Drog sintetic derivat din feniletilamină, psihostimulent (nooanaleptic), ale cărui proprietăți și structură se înrudesc cu acelea ale efedrinei și adrenalinei.**

Amfetaminele constituie actualmente o mare parte din clasa psihostimulenților, alături de stimulenți minori cum este cafeina, sau de un drog major, cocaina.

După izolarea la începutul secolului a efedrinei, alcaloidul *Ephedra vulgaris* utilizat în Orient dintotdeauna, primele încercări de sintetizare a amfetaminei au avut loc, în anii 1930, în Statele Unite. Derivați încă și mai activi au fost curând experimentați: dexamfetamina în Franța, metilamfetamina în Germania, începând cu anul 1938 etc.

Acest grup de substanțe este caracterizat prin efecte periferice simpaticomimetice (vasoconstricție, accelerarea ritmului cardiac, bronhodilatație, midriază etc.) și prin două tipuri de efecte centrale: efect anorexigen (*coupe-faim*) și mai ales efect psihostimulent, asociat cu o anumită euforie, creșterea vigilității, scăderea senzației de oboseală și a nevoii de somn.

Prima utilizare importantă a fost deci legată de aceste ultime proprietăți, amfetaminele fiind folosite de armatele americană, britanică, germană și japoneză în timpul celui de al doilea război mondial. Foarte curând au apărut limitele acestor „dopante" (tulburări de concentrare a atenției, stări psihotice), precum și posibilitățile de abuz: primul val important de toxicomanie cu amfetamine a survenit în Japonia în anii de după război.

AMFETAMINOMANIE (engl. *amphetamine abuse, addiction*). **Toxicomanie cu amfetamine.**

În perioada anilor 1960, o dată cu declanșarea toxicomaniilor actuale, amfetaminele — *„speed"*-ul — au început a se răspândi în Occident și în special în Statele Unite. *Amfetaminomanii* (engl. *speed freaks*) utilizau substanțe de contrabandă fabricate clandestin sau recurgeau la fabricarea de rețete. Se întâlnesc toate modurile de utilizare, dar marii toxicomani au adoptat destul de repede calea intravenoasă, care procură efecte cu totul deosebite.

Amfetaminele, *„speed"*-ul, corespund unor valori de eficacitate, energie, acțiune, chiar de violență. Ele se opun altor droguri care, dimpotrivă, favorizează închiderea în sine sau experiența interioară.

Efectele căutate sunt de mai multe feluri.

În primul rând și ca un corolar al efectelor euforizante și psihostimulatoare, amfetaminele le dau multor subiecți impresia de a se putea exprima, de a intra în contact cu ceilalți, de „a exista cu adevărat". Această acțiune dezinhibantă poate explica în numeroase cazuri alegerea acestui toxic. Fiorul amfetaminic este adesea descris cu pregnanță: veritabil șoc pe când acul seringii se mai află în braț, comparat cu o senzație de orgasm generalizat, uneori localizată la față, la rinichi, la organele genitale. Acest fior este imediat urmat de senzații de hipervigilitate, de euforie. Toleranța (obișnuirea) determină foarte repede, în caz de consum regulat, o creștere spectaculară a dozelor utilizate.

Utilizatorii de *speed* (cum ar fi cocaina) recurg uneori la drog în mod permanent, dorind să se afle sub efectul său un maximum de timp. În Statele Unite se numește *run* o atare perioadă de utilizare permanentă, în timpul căreia subiectul își poate face până la 10 injecții pe zi. După câteva zile sau săptămâni, hiperactivitatea poate căpăta o tentă din ce în ce mai patologică. Unii se închid în activități stereotipe, alții prezintă reacții agresive, chiar treceri la acte periculoase.

Efectul paranoid este în acest caz regula, iar toxicomanii cunosc bine acel „parano", impresia de a fi observat, urmărit de poliție etc., care este un debut de delir interpretativ. La un stadiu superior apar halucinații auditive și un tablou de-a dreptul psihotic.

Înainte de a ajunge aici, în general toxicomanul se decide să oprească, cel puțin temporar, luarea drogului (*descente de speed*). *Înțărcarea de amfetamine* nu determină, după majoritatea autorilor, tulburări fizice (cu toate că pot fi notate modificări electroencefalografice). Dar această descindere este adesea dramatică, din cauza angoasei și depresiei, care pot să conducă la sinucidere. Depresia în cursul sevrajului constituie o manifestare serioasă a dependenței psihice de amfetamine. Pentru a scăpa de ea, subiectul se refugiază adesea în somn, recurgând la tranchilizante, hipnotice, barbiturice.

Utilizarea alternantă de amfetamine și de barbiturice a fost frecventă: ritmul veghe–somn este în acest caz menținut în mod artificial.

Complicația majoră a toxicomaniei cu amfetamine este deci *psihoza amfetaminică*. Forma minoră a efectului *parano* se poate completa, într-adevăr, cu halucinații auditive, ba chiar cu un sindrom de automatism mental. Caracterul vag al delirului, ca și tulburările timice îl fac adesea confundabil mai degrabă cu un debut sau cu un episod fecund de schizofrenie decât cu o paranoia. Cel mai adesea aceste stări încetează după suspendarea drogului, uneori în câteva zile. Unii autori au susținut posibilitatea creării de stări psihotice cronice cu ajutorul amfetaminelor. Este totuși de notat că aceste substanțe sunt adesea utilizate de subiecți cu personalitatea extrem de perturbată. Provocând o stare delirantă, ei caută uneori să domine o trăire psihotică.

Controalele stricte au redus foarte mult folosirea acestor substanțe ca „dopanți". Cvasidispariția amfetaminelor ca medicamente, precum și evoluția toxicomaniilor au făcut ca, în anii din urmă, abuzul de asemenea substanțe să fie mai rar. Creșterea numărului celor care folosesc cocaina a determinat în această privință un fel de stopare. Cu toate acestea, derivații amfetaminici rămân încă prizați de toxicomani: anorexigenele, derivați amfetaminici deturnați de la utilizarea lor; substanțe sintetice, în l. engleză *designer drugs*, cu efect apropiat de al halucinogenelor (cum ar fi S.T.P.) [serenitate, tranchilizante, pace], D.O.M. [dimetoximetilamfetamină] sau M.D.M.A. [metilendioximetamfetamină], redescoperire a unor consumatori și a mass-media sub numele de *„ecstasy"*).

AMIGDALĂ (engl. *amygdala*). **Complex nuclear situat pe fața internă a fiecărui lob temporal, într-o structură în formă de cârlig, numită de aceea „uncus".**

Acest nucleu subcortical face parte din sistemul limbic; are conexiuni reciproce cu hipocampul, talamusul și hipotalamusul. Complexul amigdalian intervine în elaborarea și în expresia emoțiilor.

AMIMIE (engl. *amimia*). **Pierdere mai mult sau mai puțin completă a mimicii, observată în anumite afecțiuni neurologice, cum este boala Parkinson.**

AMNEZIE (engl. *amnesia*). **Pierdere a memoriei, marcată îndeosebi de imposibilitatea de a-și aminti experiențe din trecut atunci când se încearcă evocarea lor.**

Amnezia reprezintă o deteriorare serioasă a funcțiilor cognitive, ca rezultat fie al unor leziuni cerebrale organice, fie al unei tulburări pur afective care exprimă existența unor conflicte psihice.

Se disting *amnezii parțiale* și *amnezii totale* sau extensive. Dintre *amneziile parțiale*, amnezia „electivă" este în general psihogenă, legată de refularea unor conflicte

sexuale și frecventă la isteric; *amnezia lacunară* este caracteristică crizelor comițiale, acceselor delirante și confuzionale și crizelor emoționale paroxistice, lăsând după criză o lacună în istoria subiectului; *amnezia posttraumatică*, amnezie care survine după un traumatism cranian, blochează evocarea perioadei imediat precedente accidentului (de la câteva secunde la câteva minute înainte de survenirea acestuia).

Amneziile totale sunt mult mai frecvente. Ele sunt în general evolutive și extensive, fiind repartizate în două mari tipuri. *Amnezia retrogradă* se caracterizează prin imposibilitatea din ce în ce mai pronunțată de a evoca total sau parțial un trecut corect organizat. Ea se referă deci la memoria de evocare, având un mers în general regresiv, prezentându-se timp îndelungat, potrivit legii lui Th. Ribot, amintirile cele mai vechi și cele mai încărcate afectiv. *Amnezia anterogradă* sau *memorarea* se manifestă prin imposibilitatea de a fixa noi amintiri. Este o tulburare a fixației mnezice, legată în mod cvasiconstant de o tulburare generală a conștiinței și chiar a vigilității, perturbând prezentul și împiedicând organizarea în trecut. Este, la limită, uitarea imediată, așa cum poate fi observată în psihoza Korsakov, unde deosebit de deteriorată este fixarea mnezică.

Adesea aceste două tipuri de amnezie se asociază, mai ales atunci când starea demențială se agravează, iar funcțiile cognitive sunt global și grav perturbate: este *amnezia retroanterogradă* din demența avansată, oricare i-ar fi natura și originea.

AMNEZIE ANTEROGRADĂ → AMNEZIE.

AMNEZIE DE FIXAȚIE (engl. *anterograde amnesia*). **Formă de amnezie caracterizată prin imposibilitatea de a memoriza noi amintiri.**

Numită și amnezie anterogradă, ea apare în stările confuzionale și în special în psihoza Korsakov. → AMNEZIE.

AMNEZIE RETROGRADĂ (engl. *retrograde amnesia*). **Tulburare caracterizată prin imposibilitatea de reproducere a amintirilor vechi.**

Această amnezie, zisă „de evocare", se opune celei anterograde, care este o tulburare a memoriei de fixație. → AMNEZIE; DEMENȚĂ.

AMOK (engl. *amuck sau amok*). **Stare de exaltare emoțională însoțită de tendințe impulsive la omucidere și la goană sălbatică.**

Trecerea la act este frecventă în cursul unei crize de „furie sanguinară", în general urmată de o amnezie lacunară care poate evoca un acces epileptic crepuscular sau un acces delirant. De fapt, această stare acută, care nu-i apucă decât pe bărbați, pare specifică condițiilor culturale particulare ale Malaysiei (unde a fost descrisă pentru prima oară) și Asiei de Sud-Est.

AMUZIE (engl. *amusia*). **Formă de agnozie auditivă caracterizată prin incapacitatea de a identifica melodii și timbre muzicale.**

Amuzia se datorează, în general, unei leziuni a ariilor asociative ale lobului temporal din emisfera nondominantă. Prin extensiune, amuzia este și imposibilitatea de a cânta sau fredona o arie. Ea este însă rară la afazici. → AFAZIE.

ANALIZĂ TRANZACȚIONALĂ (engl. *transactional analysis*). **Tehnică psihoterapeutică bazată pe o concepție destul de schematică, luată în parte din psihanaliza freudiană, despre comunicare și relație.**

În această tehnică, interacțiunile dintre cei doi parteneri se pot reduce la unități tranzacționale ușor de analizat și de reperat, în care fiecare se prezintă cu „Eul adult" atunci când tranzacția este normală, cu „Eul infantil" (corespunzător în parte Sinelui din topica freudiană) sau cu „Eul parental" (corespunzând în parte Supraeului) atunci când ea este perturbată. Travaliul terapeutic va avea drept scop esențial restabilirea la pacient a posibilității de a menține o relație de „Eu adult" în comunicarea și schimbările sale cu semenul.

Fondatorul acestei analize, E. Berne (1910–1970), după studii medicale și psihologice în orașul său natal, a devenit psihanalist și s-a instalat în Statele Unite, unde a fost naturalizat la sfârșitul celui de al doilea război mondial. La San Francisco, apoi la Carmel, el a abandonat psihanaliza ortodoxă pentru a crea analiza tranzacțională, căreia îi va dezvolta principiile într-o carte care l-a făcut celebru, *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*, publicată în 1964 (tradusă în franceză în 1966 cu titlul *Des jeux et des hommes. Psychologie des relations humaines*).

E. Berne descrie deci trei stări ale Eului: „starea copil, starea adult, starea părinte", pe care fiecare subiect o poate adapta după circumstanțe și după dispozițiile sale nevrotice. Tranzacțiile cu semenul se vor face în mod normal într-un fel complementar, „în special „adult–adult", caz în care întreține o comunicare armonioasă. Dar aceasta poate fi „încrucișată" dacă starea emițător de stimul nu este starea receptor de reacție sau dacă starea receptor de stimul nu este emițătorul de reacție, caz în care comunicarea este conflictuală și discordantă; „cu dublu fond" sau „voalată" atunci când există acțiune simultană a mai mult de două stări ale Eului, tip de tranzacții pe care se întemeiază „jocurile", ansamblul de tranzacții căzute în capcană. Dincolo de jocuri, individul are și un proiect de viață de o mai mare însemnătate, nu în mod necesar net conștient: scenariul (N. Sinelnikoff). Terapia îi va ajuta pe pacienți să se debaraseze de trebuința acestor jocuri, spre a le înlocui cu adevăratele satisfacții pe care le oferă intimitatea. O analiză tranzacțională bine condusă ar trebui să conducă la abandonarea scenariului și la reîntoarcerea la o viață afectivă cu adevărat „adultă".

Dacă analiza tranzacțională a permis tratarea cu succes a alcoolicilor și a nevroticilor cu probleme de cuplu, ea nu a avut aceleași reușite în ceea ce privește psihozele. Inspirată de psihanaliză, ea este de fapt o simplă psihoterapie a Eului, destul de directivă (și chiar educațională). Ea poate obține anumite remanieri ale personalității pacienților, dar nu se substituie unei cure cu adevărat psihanalitice. Ea centrează de fapt travaliul terapeutului pe plângerea clientului și îl ajută doar să-și atenueze unele simptome. Nu poate însă să-l facă să abandoneze unele „scenarii existențiale infantile" pe care el se complace a le repeta la nesfârșit, în disprețul unei reușite a vieții sale de adult. Dar mulți pacienți refuză această schimbare și preferă să rămână cum sunt, fără a schimba nimic din modul lor de viață.

Analiza tranzacțională a cunoscut o mare răspândire mai ales în domeniul muncii sociale. Ea permite, într-adevăr, să

se analizeze rapid relațiile de cuplu și de familie, comunicarea în grupurile și în mediile profesionale și aduce mari servicii responsabililor cu resursele umane în întreprinderi. Aspectul ei schematic și cam simplist (Berne spunea că este suficient să se rețină cele cinci noțiuni de „părinte, adult, copil, joc și scenariu" pentru a se cunoaște și practica analiza propusă de el) explică atât marea popularitate cât și limitele sale.

Bibl.: Berne, E., *Games People Play: The Psychology of Human Relationships* (1964), trad.fr. *Des jeux et des hommes*, Stock, Paris, 1966; Jaoni, G., *Le triple Moi*, Laffont, Paris, 1979; Krack, M. et coll., *L'analyse transactionnelle, méthodes d'application en travail social et en psychologie clinique*, 1981; Sinelnikoff, N., *Les psychothérapies*, Édition M.A., Paris, 1987.

ANAMNEZĂ (engl. *anamnesis*). **Ansamblu de informații pe care medicul le poate culege de la pacient și de la anturajul acestuia spre a-i cunoaște istoria maladiei.**

Vorbim de anchetă anamnestică atunci când trebuie să adunăm toate datele referitoare la antecedentele și la debutul afecțiunii. Este, așadar, dacă avem în vedere etimologia greacă, de fapt o întoarcere: o „rememorare" și o „recapitulare" a amintirilor privind trecutul bolnavului și al bolii sale. Este o veritabilă „reminiscență" (evocată de Platon atât în *Republica* cât și în *Menon*, unde Socrate îl ajută pe sclavul incult să regăsească o demonstrație de geometrie cunoscută mai demult). Anamneza poate pune în evidență originea, cauza tulburărilor morbide. De aceea investigația anamnestică însoțește orice cercetare etiologică. „A concepe o anamneză în domeniul psihopatologiei presupune sprijinirea pe trei teorii: o teorie a reminiscenței, o teorie a etiologiei tulburărilor mentale, o teorie a tehnicii conducerii convorbirii" (D. Anzieu).

ANANCASTIC (engl. *anancastic*). **Se spune despre o stare în care cineva se simte forțat să gândească, să acționeze sau să simtă împotriva voiei sale.**

Acest sentiment însoțește îndeosebi compulsiile*, obsesiile și fobiile. Psihiatrul german K. Schneider a descris o *personalitate anancastică* ale cărei trăsături sunt în același timp acelea ale personalității obsesionale și acelea ale caracterului anal (obstinație, ordine, economie), cu tendința la introversiune. „Anancaștii" se prezintă ca subiecți deosebit de meticuloși, cu o anumită pedanterie, o atitudine exagerat de corectă, cu grija de amănunte, pe un fond de neliniște și chiar de anxietate asociată cu ritualuri și fenomene foboobsesionale foarte frecvente. Ei sunt foarte predispuși la decompensări depresive.

ANARTRIE (engl. *anarthria*). **Afazie motrice subcorticală, caracterizată printr-o tulburare a articulației cuvântului, fără a exista leziuni ale organelor fonatoare.**

Anartria se exprimă printr-o imposibilitate de a articula cuvintele, în timp ce înțelegerea, cititul și scrisul rămân normale. Această afazie pur motorie, descrisă de P. Marie, se datorează unor leziuni cerebrale ale zonei lenticulare. Bolnavul se exprimă foarte greu sau chiar deloc atunci când afecțiunea este totală. El nu poate pronunța decât câteva interjecții, câteva înjurături. În formele mai puțin intense, vorbirea este posibilă, dar este extrem de deformată. Avem în acest caz de-a face cu disartria*. Tulburarea nu se referă la

locuțiunile conservate, ci numai la celelalte cuvinte care i se cere pacientului să le pronunțe, în special cuvintele de testare clasice.

O hemiplegie cu o paralizie facială se asociază în general cu anartria (latura dominantă). Un examen minuțios permite adesea descoperirea unei tulburări a limbajului interior, ceea ce l-a determinat pe H. Head să recuze existența unei anartrii pure, considerând că avem de-a face mai degrabă cu o „afazie verbală". J. Froment a reluat această idee, afirmând că tulburarea articulării cuvântului nu este decât o similianartrie, afazia motorie pură nefiind decât o amnezie verbală disociată: bolnavul își reprezintă vizual cuvântul și îl poate deci scrie, dar nu îl mai înțelege și deci nu-l poate pronunța. → AFAZIE; AFEMIE.

ANCHETĂ DE PERSONALITATE (engl. *personality inquiry*). **Măsură de instrucție ordonată de un magistrat, care are drept obiect punerea la dispoziția autorității judiciare, sub o formă obiectivă și fără a trage vreo concluzie cu privire la cauza în curs, elemente de apreciere asupra modului de viață trecut și prezent al inculpatului.**

Articolul 81 din Codul de procedură penală dispune ca judecătorul de instrucție să procedeze sau să dispună să se procedeze, fie de către ofițeri ai poliției judiciare, fie de către orice persoană abilitată, la o anchetă asupra personalității inculpaților, ca și asupra situației lor materiale, familiale sau sociale. Această anchetă, obligatorie în caz de crimă, nu este decât facultativă în caz de delict. Ancheta de personalitate, examenul medical și examenul medicopsihologic (expertiză penală care vizează clarificarea personalității și a mobilurilor delincventului) constituie dosarul personalității inculpatului.

În nici un caz acesta nu are drept scop căutarea de probe privind culpabilitatea.

ANGOASĂ (engl. *anxiety*). **Ansamblu de sentimente și de fenomene afective caracterizate printr-o senzație internă de opresiune și de strâmtorare și prin teama reală sau imaginară privind o mare nenorocire sau o mare suferință, în fața cărora insul se simte atât lipsit de mijloace de reacție, cât și în totală neputință de a se apăra.**

S. Freud a descris-o pe larg ca pe o teamă în fața unui pericol necunoscut, nedeterminat, venind cel mai adesea din interior. Este o reacție de alarmă primitivă, înscrisă în corp, ca un reflex arhaic.

Distincția dintre angoasă și anxietate este greu de făcut. Limba engleză nu cunoaște decât termenul *anxiety*, iar limba germană termenul *Angst*. În franceză a devenit clasic să se rezerve angoasei formele cele mai grave de anxietate. De aceea se descrie o angoasă psihotică, o angoasă de îmbucătățire (*angoisse de morcellement*), o angoasă de castrare, o angoasă de moarte, o angoasă a distrugerii etc. Pe când anxietatea rămâne trăită cel mai adesea la un nivel esențialmente psihic, angoasa, prin definiție, se asociază cu manifestări somatice și neurovegetative multiple: constricții esofagiene, precordialgii, dispree, tahicardie, tremurături, hipersudație (în felul sudorilor reci, nelegate de efort și nici de temperatura exterioară), spasme intestinale însoțite uneori de diaree profuză (P. Moebius).

Aceste tulburări acompaniază unele crize de angoasă paroxistică, precum și „accesele de panică".→ ACCESE DE PANICĂ.

Bibl.: Favez-Boutonier, S., *L'angoisse*, P.U.F., Paris, 1963; Klein, D.F., Rabkin, J.G., ed. *Anxiety, New Research and Changing Concept*, Raven Press, New York, 1981.

ANGOASĂ A LUNII A 8-a (engl. *eight month anxiety*). **Reacție negativă față de persoane străine, reacție care marchează o etapă crucială în dezvoltarea psihică a copilului foarte mic (R. Spitz).**

În jurul vârstei de 8 luni, sugarul devine capabil să facă distincție între fețele cunoscute și fețele necunoscute, iar prezența unei persoane străine reactivează dorința de mama absentă. Mai înainte, începând din luna a 3-a, sugarul surâdea oricărei fețe umane, manifestând neplăcere la dispariția acesteia. Fața constituie un *„Gestalt-Signal"* (o configurație semnificantă), ale cărei atribute superficiale (prezența de elemente determinate, ca ochii și nasul; relațiile spațiale între elemente) sunt singurele care prezintă importanță: fața văzută din profil nu provoacă surâsul.

Surâsul este *primul organizator* prin faptul că marchează trecerea între recepția de experiențe interne, singurele luate în seamă în primele săptămâni de viață, și perceperea de stimuli externi. Dar dacă la acest stadiu sugarul poate manifesta teamă în prezența unor stimuli asociați la experiențe neplăcute, angoasa propriu-zisă nu survine decât în jurul vârstei de 8 luni, atunci când a fost construită o relație cu un obiect libidinal, obiect care poate fi evocat dincolo de atributele superficiale percepute, obiect dorit. Spitz subliniază două aspecte importante ale acestui al *doilea organizator* constituit de angoasa lunii a 8-a. Manifestările sale sunt, pe de o parte, extrem de variabile de la un copil la altul, mergând de la nonrăspuns la avansuri și de la mefiență la urlete de nepotolit. Pe de altă parte, această etapă este absolut necesară construcției relațiilor obiectale: frustrarea joacă un rol decisiv în constituirea Eului.

Diferite observații au pus sub semnul întrebării teoria lui Spitz. În primul rând, noii-născuți discriminează mirosul matern de un miros străin și vocea mamei de vocile străine; putem totuși argumenta aici că o reactivitate diferențială a organismului trebuie deosebită de o relație obiectală. De altfel, această perioadă de reacții negative la ceea ce este străin apare într-o marjă de vârstă foarte largă (între 6 și 15 luni), în legătură cu tipul de atașament al copilului la mamă. În sfârșit, această reacție poate surveni în prezența mamei, iar în absența acesteia poate alterna cu tentativele de apropiere de adult; ea ar putea fi interpretată și ca o reacție ambivalentă față de noutate, fără specificitatea imaginii materne.

ANOREXIE MENTALĂ (engl. *anorexia nervosa*). **Tulburare a conduitei alimentare caracterizată printr-un refuz mai mult sau mai puțin sistematizat de a se alimenta, intervenind ca mod de răspuns la conflicte psihice.**

Această conduită de restricție alimentară metodică, însoțită de slăbire, survine cel mai adesea la o adolescentă care prezintă, pe de altă parte, o amenoree și o hiperactivitate asociate cu modificări de caracter, ca și cu tulburări de percepție a corpului propriu.

Conduitele onorexice au fost descrise din secolul al XI-lea (Avicenna), dar termenul de *anorexie mentală* a fost creat de H. Huchard în 1883. Atașată din acea perioadă la tulburări mentale ca isteria sau nevroza obsesională, anorexia a fost mai târziu atribuită unei insuficiențe hipofizare (cașexie hipofizară) de către endocrinologi. Cu toate acestea, după cel de-al doilea război mondial, progresele neuroendocrinologiei au demonstrat originea funcțională

a tulburărilor endocrine ale anorexiei, confirmând originea sa psihică. Cercetările psihopatologice sunt foarte numeroase și uneori divergente, dar definiția sindromului anorexic este bine stabilită (G. P. Feighner, DSM-III). Vârsta de debut se situează înainte de 25 de ani la o adolescentă care justifică un regim alimentar printr-o discretă îngrășare. Este vorba de o „conduită activă de restricție alimentară însoțită de lupta contra foamei" (P. Jeammet). Se pot asocia aici accese de bulimie, un interes special pentru hrană, rituri alimentare, vomismente și luarea de laxative și de diuretice. Slăbirea, adesea spectaculară, atinge sau depășește 25% din greutatea inițială. Aspectul fizic este caracteristic, cu ștergerea formelor feminine și topirea musculară predominantă la membre, care sunt descărnate. Amenoreea este legată de tulburări funcționale ale axei hipotalamo-hipofizare și ea coincide adesea cu apariția anorexiei. Dar mai ales nu există tulburări mentale aparente, ceea ce explică dificultățile părinților de a accepta originea psihologică a anorexiei și gravitatea tulburărilor, adesea banalizate sau atribuite unui traumatism. Or, ceea ce marchează diagnosticul este nerecunoașterea de către bolnavă a slăbirii sale, absența neliniștii cu privire la starea sa de sănătate.

Dimpotrivă, ea este fericită că este slabă și că poate exercita o totală înrâurire asupra formei corpului ei. Persistă în a se găsi prea grasă și recurge la frecvente verificări, măsurându-și în special perimetrul coapselor. Încearcă să-și domine ponderalitatea prin exerciții violente, necunoscând oboseala și căutând asceza. Somnul este perturbat, redus, ca și cum anorexica nu și-ar îngădui destinderea și uitarea de sine. Sexualitatea este refulată masiv prin deficitul de investire erogenă a corpului. Investirea intelectuală pare strălucită, dar teama anorexicei cu privire la realitatea sa psihică internă determină un refugiu în conformism și în lipsa de imaginație necesară creativității. Sectoarele profesionale cele mai investite sunt profesiile medicale și paramedicale sau care fac apel la estetică (desen, dans, gimnastică). Ecourile somatice ale anorexiei, în special tulburările hidroelectrolitice și gestice și deteriorările dentare fac ca această afecțiune să fie întotdeauna gravă. Moartea poate surveni prin denutriție, tulburări cardiace sau în cazul unei reanimări orale prea brutale. Suicidul este rar, dar se poate produce după o perioadă de acces bulimic. Recidivele sunt frecvente. Normalizarea greutății corporale nu este o dovadă de vindecare.

Simptome psihiatrice abundă în evoluția anorexiei: fobii, obsesii, accese de depersonalizare, stări depresive, tulburări de conduită (toxicomanie, alcoolism, îndeosebi compulsiv). Uneori asistăm la o veritabilă psihotizare. Problema etiologiei acestei afecțiuni este vastă. Studiile psihopatologice au căutat, prin prisma psihoterapiilor aplicate la anorexici, să descopere structura personalității acestora. H. Bruch consideră că tulburarea fundamentală specifică este o tulburare de imagine a corpului, secundară față de perturbările percepției interoceptive (senzații, trebuințe corporale). Pe parcursul învățărilor precoce, mama i-ar fi impus copilului propriile ei senzații și trebuințe în loc să-l ajute să perceapă și să-și recunoască propriile trebuințe. M. Palazzoli-Selvini face din anorexie o formă de psihoză monosimptomatică. F. Kestemberg subliniază că organizarea impulsiilor se caracterizează printr-un recurs specific la masochism

erogen primar, în care plăcerea este legată direct de refuzul de satisfacere a trebuințelor. Modelul de dezvoltare al școlii psihanalitice americane pune în evidență insistența părinților asupra controlului plăcerii și importanței activităților de dominare anală. Toate studiile plasează problematica identității în centrul anorexiei. Jeammet atrage atenția asupra importanței conflictului autonomie–dependență. Măsurile terapeutice țin seama de pozițiile teoretice ale autorilor. Spitalizarea, în care se face o realimentare prudentă, pe cale orală, dacă e cu putință, de către o echipă de îngrijitori stabilită, permite să se închege o relație mai confiantă și să se realizeze izolarea, care este considerată, de la J. M. Charcot și Ch. Lasègue încoace, drept cel mai bun tratament simptomatic. El merge în paralel cu contractul referitor la sporul ponderal, pornind de la care va putea fi avută în vedere externarea. Acest contract trebuie respectat de îngrijitori și de familie. El permite pacientei să-și integreze agresivitatea și să testeze fiabilitatea terapeuților (Jeammes).

O acțiune pe lângă părinți este întotdeauna de dorit și constituie chiar esențialul tratamentului în concepția terapeuților familiali sistemici. Alți autori utilizează terapiile comportamentale.

PSIHAN. Încă de la naștere, copilul se află prins într-o relație cu mama care se înscrie între trebuință și solicitare. Obiectul alimentar care satisface trebuința este și obiectul unei solicitări de iubire din partea mamei-doică. Copilul pretinde să fie hrănit și iubit, în același timp în care mama care îl iubește îi cere, de asemenea, să absoarbă hrana pe care i-o pregătește.

Din moment ce dorința copilului se inserează între trebuință și cerință, întemeindu-se pe o lipsă, copilul poate fi determinat să respingă hrana, refuzând să răspundă cererii excesive a unei mame care confundă hrana și iubirea, a unei mame căreia îi place prea mult să hrănească din neputința de a iubi. „Tocmai copilul pe care îl hrănim cu cea mai mare dragoste refuză hrana și se joacă cu refuzul său cum s-ar juca cu o dorință" scrie J. Lacan (*Écrits*, 1966). De unde indicația unei conduite psihoterapeutice de respectat în tandem cu tratamentul și cu supravegherea organică. În cazul anorexiei mentale a sugarului, tocmai relația obiectală a mamei cu copilul trebuie să fie modificată. Trebuie deci tratată mama (psihoterapie sau psihanaliză) pentru a-l vindeca pe copil.

La adolescent sau adolescentă, dimpotrivă, tocmai în izolarea strictă de mediul familial se va rezolva intervenția majoră care să-i permită subiectului, sustras astfel de sub influența conflictuală a anturajului, să-și modifice, cu ajutorul măsurilor psihoterapeutice, relația patologică pe care o întreține cu acesta. Iar aceasta, în mod cu totul special, în ceea ce privește ambivalența (ură/iubire) subiectului față de acest mediu, care pare să subtensioneze întreaga conduită anorexică.

Bibl.: Bruch, H. *L'énigme de l'anorexie. La cage dorée*, P.U.F., Paris, 1979; Kestemberg, E. și J., Deabert, S., *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*, P.U.F., Paris, 1972.

ANOREXIGEN (engl. *anorectic agents).* **Se spune despre o substanță psihotropă al cărei efect principal este suprimarea senzației de foame.**

„Tăietoare de foame" eficiente sunt în principiu medicamentele a căror singură indicație ar fi anumite forme de obezitate prin bulimie. Aceste substanțe pun o problemă specială, deoarece toți specialiștii în

obezitate sunt de acord asupra faptului că — în pofida unui efect spectacular pe termen scurt — anorexigenele nu sunt de nici un ajutor în tratamentul obezității (un efect-ricoșeu la oprirea tratamentului le face mai degrabă dăunătoare, iar obișnuirea împiedică orice tratament pe termen lung).

Cu excepția penfluraminei, toate anorexigenele sunt înrudite cu amfetaminele și trebuie rânduite în această categorie. Dacă orice utilizare a unui anorexigen este întrucâtva abuzivă, se pune problema unei toxicomanii cu anorexigene: s-ar căuta în acest caz atât efectul „*coupe-faim*" cât și efectul psihostimulator. A-și domina corpul și impulsiile, a atinge starea de extaz la limita decăderii fizice sunt elemente comune trăirilor anorexicului și toxicomanului. Există cazuri clinice de anorexie asociate cu un abuz de anorexigene, de amfetamine și chiar de cocaină (al cărei efect anorexigen este foarte important).

Dat fiind faptul că celelalte indicații terapeutice ale amfetaminelor au dispărut (efectul stimulator sau antidepresor), singurele amfetamine legale existente sunt anorexigene. Deviate de la folosirea lor, ele constituie actualmente majoritatea „*speed*"-ului sau a „amfe" consumate de către toxicomani.

ANOSMIE (engl. *anosmia*). **Pierdere a simțului mirosului.**

Uneori avem de-a face cu forme limitate: anosmie preferențială, care este o incapacitate de a simți doar unele mirosuri, sau anosmie specifică, adică incapacitatea de a simți și deci recunoaște unul sau mai multe corpuri chimice particulare.

ANOSOGNOZIE (engl. *anosognosia*). **Nerecunoaștere de către un pacient, până la negare, a bolii sale sau a pierderii capacităților sale senzoriale sau motorii.**

Poate fi vorba de inconștiență în ceea ce privește o hemiplegie de partea nondominantă (sindromul Babinski) sau de o cecitate corticală ca urmare a unei leziuni a cortextului occipital.

ANTIDEPRESOR (engl. *antidepressant*). **Substanță care are capacitatea de a inversa dispoziția celui deprimat.** (Sinonim: timoanaleptic.)

Antidepresorii constituie un ansamblu de substanțe eterogene pe planul structurii moleculare și al efectului biochimic. Timp îndelungat nu s-a dispus pentru tratarea stărilor depresive decât de laudanumul lui T. Sydenham (morfină), care aducea o sedare a suferinței pacientului, în așteptarea încheierii spontane a episodului. Într-adevăr, contrar celorlalte sindroame psihiatrice, depresia se caracterizează printr-o evoluție naturală spre remisiune. Cu toate acestea, evoluția respectivă poate dura ani și ani, iar riscul suicidar rămâne foarte ridicat. Recursul, înainte de cel de al doilea război mondial, la metodele de șoc, în special la șocul electric (electroșoc sau sismoterapie), a transformat pronosticul depresiilor. Se dispunea de un tratament activ al tulburării dispoziției ca atare. Datorită anesteziei generale și curarizantelor cu acțiune rapidă, electroșocul, numit de-acum și *electronarcoză*, a devenit tratamentul cel mai eficient și, probabil, cel mai puțin periculos al stărilor depresive. Din nefericire, efectul său nu este durabil, iar continuarea în mod preventiv a ședințelor de electronarcoză zise „de întreținere", în general o dată pe lună, reprezintă o metodă prea constrictivă pentru majoritatea celor deprimați.

DESCOPERIREA PRIMILOR ANTIDEPRESORI. În 1957 au fost descoperiți aproape simultan capii de serie ai principalelor două familii de antidepresori: iproniazida și imipramina. Aceste familii s-au îmbogățit cu numeroși compuși. Mai târziu au apărut „noi antidepresori", molecule din a doua generație, mult mai eterogene în ceea ce privește structura lor.

Psihiatrii francezi (G. Buisson, J. Delay, P. Deniker și T. Laine) au fost cei dintâi care au remarcat, din 1952, acțiunea antidepresivă a isoniazidei, medicament antituberculos utilizat în pneumologie. Cinci ani mai târziu, N.S. Kline, notând efectul activator al unui antituberculos cu structură înrudită, iproniazida, asupra șoarecilor aduși în stare de inerție cu ajutorul rezerpinei, a putut confirma eficacitatea sa timoanaleptică la deprimat. Această eficacitate este cu atât mai mare cu cât depresia este de tip „endogen", survenind fără factori declanșatori existențiali și fiind însoțită de semne neurovegetative marcate. Cercetătorii americani au emis ipoteza, valabilă și azi, a unei inhibiții enzimatice responsabile de efectul antidepresor. Iproniazida, ca toate medicamentele din grupul de inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO), împiedică distrugerea prin oxidare a aminelor cerebrale (noradrenalină, dopamină, serotonină), al căror procent crește în fanta sinaptică. Compușii din acest grup sunt deci definiți prin mecanismul presupus al efectului lor antidepresor.

Puțin după aceea a fost introdus în terapeutică primul antidepresor triciclic, imipramina, prototip al celeilalte mari familii de antidepresori. Se dorea sintetizarea unui analog al neurolepticelor. Elvețianul Kuhn, însărcinat cu încercări clinice, a recunoscut ineficacitatea imipraminei la schizofrenici. El a avut ideea să încerce din nou produsul, cu o indicație originală: depresia, pentru care nu se dispunea de alt tratament decât electroșocul. Imipramina s-a dovedit eficace, fără efectele secundare periculoase ale IMAO. Contrar monoaminoxidazelor, care sunt definite printr-un mecanism de acțiune biochimică, antidepresorii triciclici sunt caracterizați prin structura lor chimică cu trei cicluri aromatice.

Ar fi mai riguros să vorbim de triciclice imipraminice, alți compuși nonantidepresori, ca neurolepticele fenotiazinice, posedând și ele aceeași structură triciclică.

CLASIFICARE. Putem clasifica antidepresorii, după formula lor chimică, în trei grupe: antidepresorii triciclici, inhibitorii monoaminoxidazei (IMAO) și antidepresorii nontriciclici non-IMAO.

Antidepresorii triciclici

Derivați ai imipraminei. Triciclicele diferă între ele prin structura lanțului lor lateral. Unele sunt foarte apropiate de imipramină, ca desipramina și clomipramina. Acest din urmă antidepresor a devenit compusul de referință în Europa, îndeosebi în Franța. Trimiprimina, în mod curent folosită de nord-americani, are originalitatea de a asocia la nucleul de imipramină un lanț lateral corespunzător unui neuroleptic sedativ, levomepromazina, ceea ce ar explica proprietățile sale sedative adăugate la puterea sa antidepresivă.

Dibenzocicloheptadiene. Găsim în această grupă amitriptilina, care asociază proprietăți sedative la o activitate antidepresivă egală cu aceea a imipraminei. Unii compuși din această familie (nortriptilină, protriptilină) au o acțiune antidepresivă mai puțin marcată.

Dibenzoxepine. În această grupă, doxepina posedă proprietăți anxiolitice în doză

slabă și proprietăți antidepresive în doză mai ridicată.

Dibenzepine. Dibenzepina este de asemenea tranchilizantă în doză slabă și antidepresivă într-o doză ridicată.

Dibenzooxazepine. Amoxapina aparține acelei familii care cuprinde și un neuroleptic, loxapina. Folosită în aceleași indicații ca și triciclicele, cu aceleași efecte secundare, amoxapina a putut determina unele efecte extrapiramidale de tip neuroleptic.

Amineptină. Compus triciclic original prin efectul său selectiv asupra dopaminei, amineptina exercită un efect stimulant care amintește de acela al IMAO. Pe de altă parte, ea nu determină, ca imipramina, efecte secundare supărătoare de felul hipotensiunii arteriale și al uscăciunii mucoaselor.

Compuși tetraciclici. Modelul acestor substanțe înrudite cu triciclicele rămâne maprotilina, derivat al unui tranchilizant, dar dotat cu proprietăți antidepresive autentice. Acest grup cuprinde și mianserina, dotată cu un efect asupra receptorilor neuronali presinaptici care reglează fluxul noradrenalinei.

Inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO). Monoaminoxidazele sunt utilizate mai puțin frecvent decât triciclicele. Supravegherea clinică necesară, numărul ridicat de asocieri medicamentoase contraindicate și eliminarea lor lentă explică prudența clinicienilor. IMAO, zise „reversibile și competitive", mai specifice decât una dintre enzimele de degradare ale monoaminelor, MAOA, suscită totuși un interes nou (toloxatonă, moclobemidă...). Ele nu determină efectele secundare ale monoaminoxidazelor clasice în caz de interacțiune cu medicamentele sau alimentele potențial periculoase. Eficacitatea lor nu ar fi totuși comparabilă cu aceea a IMAO tradiționale.

Monoaminoxidazele clasice aparțin la două subgrupe:

– hidrazinele sau hidrazidele: în special iproniazidă, nialamidă (cele două IMAO clasice comercializate în Franța în 1989);

– compuși nonhidrazinici: tranilciprominā → IMAO.

Antidepresorii nontriciclici non-IMAO. Acest grup cuprinde un ansamblu eterogen de antidepresori care au făcut dovada eficacității lor. Fără a fi mai eficaci decât imipraminicele sau decât electronarcoza, sunt în general mai bine tolerați. Mecanismul lor de acțiune monoaminergic este de regulă mai specific decât acela al primilor antidepresori. Acest mecanism permite, deci, clasificarea noilor substanțe.

Viloxazina, cu mecanism noradrenergic, înrudită cu betablocantele, fără a le poseda proprietățile, are un efect antidepresiv și stimulator. Este lipsită de efecte secundare de tip atropinic, ceea ce permite utilizarea ei în unele contraindicații ale triciclicelor. Doi compuși mai degrabă stimulanți, unul (nomifensină) cu un mecanism mai ales dopaminergic, altul (indalpină) serotoninergic, au fost retrase de pe piață, în pofida eficacității clinice, din cauza efectelor secundare reperate în farmacovigilență.

În grupa foarte studiată a inhibitorilor specifici ai recuperării serotoninei, putem cita fluvoxamina, trazodona și fluxoetina. Unii antidepresori noi, comercializați ca medifoxamină sau tianeptină, sau în fază de dezvoltare, posedă mecanisme de acțiune originale.

Înaintea eterogenității structurilor și mecanismelor biochimice, Deniker, după P. Kielholz, propune o clasificare clinică a antidepresorilor potrivit efectelor lor

laterale predominante: psihotonic (stimulent) sau sedativ.

CARACTERISTICI GENERALE ALE ANTIDEPRESORILOR. Oricare ar fi tipul lor, antidepresorii au în comun, în grade diferite, anumite efecte caracteristice:

Acțiune timoanaleptică. Antidepresorii redresează dispoziția depresivă. Depășindu-și scopul, ei pot determina o inversare a dispoziției, care devine euforică. Această capacitate de a induce „viraje" timice îi distinge de alte psihotrope care pot să-l aline pe deprimat fără a fi adevărați antidepresori (tranchilizantele, de exemplu). Inversarea dispoziției se produce după un interval de zece până la cincisprezece zile, uneori mai multe, indiferent de tipul de compus sau de tratament (electronarcoză, de exemplu).

Acțiune neurologică. Inversarea efectului unui neuroleptic, rezerpina, constituie modelul cel mai clasic al efectului antidepresiv la animal. La om, antidepresorii reduc akinezia indusă de neuroleptice sau cauzată de boala Parkinson. Antidepresorii pot determina tremurătură și disartrie (dificultatea de a vorbi), în general discrete. Antidepresorii acționează asupra sistemului neurovegetativ, determinând o hipotensiune ortostatică (cădere de presiune arterială când subiectul se ridică de pe scaun), mai rar accese de temperatură și transpirație. Foarte caracteristice imipraminicelor sunt efectele atropinice sau anticolinergice: uscare a gurii, constipație, vedere încețoșată și mai ales risc de glaucom și de retenție urinară la subiecții predispuși, care nu trebuie tratați cu imipraminice.

În doză masivă (tentativă de sinucidere, de exemplu), antidepresorii pot să inducă crize epileptice.

Acțiune biochimică. Antidepresorii au în comun proprietatea de a crește procentul anumitor monoamine cerebrale: IMAO inhibă procesul oxidativ de degradare; majoritatea celorlalți antidepresori inhibă recaptarea de către neuron a diferitelor monoamine. J. Glowinski și J. Axelrod (1964) au arătat că imipramina inhibă recaptarea sinoptică a noradrenalinei, sporind concentrarea sa în fanta sinaptică. Creierul celui care suferă de depresie ar dispune astfel de un stoc mai important, până atunci insuficient, de neuromediatori monoaminergici. S-a demonstrat, de altfel, că antidepresorii ar diminua numărul de receptori neuronali postsinaptici ale celor două mari sisteme de neurotransmisie: receptorii betanoradrenergici și unii receptori serotoninergici. Timpul necesar acestei diminuări a numărului de receptori ar corespunde intervalului de acțiune al antidepresorilor. În aceste procese, totuși, multe sisteme sunt în interacțiune. Rezultatele sunt uneori contradictorii, de la o metodă de observație la alta (biochimie, electrofiziologie). Azi are loc orientarea către un model interactiv cu mai multe porți de intrare, în care antidepresorii ar veni să restabilească echilibrul.

UTILIZAREA ANTIDEPRESORILOR ÎN ALTE AFECȚIUNI. Dacă antidepresorii sunt prin definiție medicamente ale depresiei, ei sunt utilizați și în alte prescripții. A fost criticat de altfel însuși termenul de *antidepresor*, termen care califică substanțe foarte diferite. Aceste substanțe au, poate, în afara câmpului depresiei, proprietăți care riscă a fi nerecunoscute dacă le desemnăm doar prin unul dintre efectele lor. Antidepresorii au fost utilizați:

În schizofrenie. Când tabloul schizofreniei este dominat de atimormie (indispoziție și pierderea elanului vital), neurolepticele se dovedesc mai puțin eficace. S-a încercat

în aceste cazuri să fie asociate cu un antidepresor nesedativ.

În sindroamele paranoice. Asociați sau nu cu neurolepticele, antidepresorii în doză slabă s-au arătat eficaci în cazul în care pacienții par deprimați, cantonați în comportamente masochiste și pesimiste. Se poate trata delirul de relație descris de E.Kretschmer (subiectul raportează la sine, într-un sens persecutor, comportamentul anturajului său): triciclicele sunt utilizate în doze medii, asociate cu un neuroleptic în caz de reacție hiperstenică.

În unele nevroze. Structurile nevrotice dominate de psihastenie (caracterizate de oboseală, indecizie și dificultăți de concentrare) sunt sensibile la IMAO și la unii antidepresori stimulenți (amineptină). La fel, vechile nevroze obsesionale, numite azi tulburări obsesional-compulsive, se ameliorează cu doze ridicate de clomipramină. Aceasta inhibă în mod preferențial receptarea serotoninei, neuromediator care intră în joc în patologia obsesională. Noii antidepresori, serotoninergici puri, revendică aceeași eficacitate.

În stările ipohondriace. Aceste tablouri vădesc adesea stări depresive mascate prin plângeri somatice neîncetate ale pacienților, stări care sunt sensibile la antidepresori.

În stările anxioase. Mai ales în „accesele de panică" (tulburări caracterizate prin repetarea de episoade acute de angoasă) antidepresorii s-au dovedit mai eficace decât tranchilizantele benzodiazepinice clasice (Klein). Compușii utilizați (IMAO, imipramină) sunt în mod paradoxal antidepresori stimulenți, ceea ce a contribuit să diferențieze accesele de panică de alte tulburări anxioase, sensibile la substanțe tradițional sedative și anxiolitice.

În unele tulburări alimentare. Bulimiile răspund uneori la antidepresori, chiar în afara oricărui sindrom depresiv. Tipul de aliment consumat pare important de determinat: dacă pacienții consumă alimente zaharate, s-a recurs mai degrabă la antidepresori serotoninergici (flurovamină, trazodonă, fluoxetină). Într-adevăr, triptofanul, precursor al serotoninei, ar regla consumul de glucide. În bulimiile sărate se utilizează mai degrabă antidepresorii noradrenergici (maprotilină).

În numeroase alte patologii. Unele patologii, legate sau nu de depresie, au putut beneficia de chimioterapia antidepresivă. Ne referim la durerea cronică, la sindromul subiectiv legat de traumatismele craniene, la sevrajul de alcool sau de opiacee, enurezia la copil, narcolepsie...

Mulțimea prescripțiilor de timoanaleptice și permanenta dezvoltare a unor molecule noi stau mărturie în ceea ce privește eficacitatea lor. Pe plan teoretic, în calitate de instrumente farmacologice, antidepresorii au generat ipoteze monoaminergice, pe care se întemeiază în prezent modelele biologice ale depresiei.

Bibl.: Deniker, P., *Psychopharmacologie. Les médicaments et les drogues psychotropes*, Éditions Marketing, Paris, 1987; Burrows, G.D., Norman, T., Davies, B. (eds.), *Drugs in Psychiatry: Antidepressants*, Elsevier, Amsterdam, New York, Oxford, 1983; Zarifian, E., Lôo, H., *Les antidépresseurs*, Roche, Neuilly-sur-Seine, 1982.

ANTIEPILEPTIC (engl. *antiepileptic*). **Se spune despre ceea ce previne sau stopează crizele epileptice sau este folosit pentru tratarea epilepsiei.**

Tratamentul antiepileptic se bazează pe un anumit număr de medicamente care au o acțiune esențialmente simptomatică: împiedicarea crizei. Ele trebuie luate

continuu și, din nefericire, nu sunt lipsite de efecte secundare supărătoare. Folosirea lor trebuie deci adaptată de medic la fiecare bolnav și supravegheată cu regularitate (control electroencefalografic periodic).

Fenobarbitalul este singurul barbituric încă utilizat din plin, sub forma unei singure prize cotidiene, seara. Hidantoinele sunt și ele foarte eficace, dar dificil de manipulat, deoarece necesită o supraveghere susținută a procentelor în sânge. Carbamazepina, activă în diverse crize, este extrem de utilizată, îndeosebi pentru prevenirea crizelor parțiale. Valproatul de sodiu este utilizat în special la copii contra crizei minore (*petit mal*) și a tulburărilor caracteriale. Benzodiazepinele, care, în afara efectelor tranchilizante, au o acțiune anticonvulsivantă, sunt de câțiva ani din plin prescrise, în special clobazamul, clonazepamul și diazepamul, rezervat perioadelor de crize subintrante și în starea de rău. Această listă, care nu este limitativă, ar putea fi completată și cu alte produse. Spectrul de alegere este întins și, în caz de eșec, permite cu ușurință schimbarea medicamentului. Pare în schimb înțelept ca, în măsura posibilului, să se respecte monoterapia, supraveghindu-se îndeaproape, în primele luni de tratament, apariția semnelor de intoleranță sau de supradozaj. În cazul în care, în anumite forme severe de comițialitate, se va dovedi necesară asocierea de medicamente antiepileptice, această supraveghere va trebui să fie și mai riguroasă, din cauza interacțiunii medicamentoase care necesită îndeosebi dozaje plasmatice repetate.

ANTIHISTAMINIC (engl. *antihistaminic*). **Se spune despre un medicament care se opune acțiunii nocive a histaminei, în special în cazurile de urticarie și de afecțiuni alergice diverse.**

Medicamentele antihistaminice se grupează în cinci clase principale: etalonaminele, etilendriaminele, alkiaminele, piperozinele sau ciclizinele și fenotiazinele. Tocmai în această ultimă clasă au experimentat D. Bovet, P. Charpentier și P. Decourt o nouă moleculă antihistaminică, clorpromazina, ale cărei efecte sedative sunt foarte importante în ceea ce privește sistemul nervos central. Acest produs a devenit primul neuroleptic utilizat în psihiatrie (J. M. Harl, J. Delay și P. Deniker), în anii 1951–1952.

ANTIPARKINSONIAN (engl. *antiparkinsonian drug*). **Substanță care tratează boala Parkinson.**

Boala Parkinson este boala degenerativă a sistemului nervos central caracterizată printr-o dispariție de neuroni dopaminergici. Ea beneficiază de administrarea unui precursor al dopaminei: levodopa. Instaurarea tratamentului dopaminergic este în general precedată de o primă fază de tratament cu substanțe anticolinergice sau cu amantadină, agonist dopaminergic.

Psihiatrii au recurs la antiparkinsoniene pentru a corecta efectele secundare ale neurolepticelor. Neurolepticele pot fi de fapt responsabile de trei tipuri de simptome motorii, esențialmente la nivelul sistemului extrapiramidal: hiperkinetice precoce sau tardive (akatizie, tasikinezie), akinetohipertonice de tip parkinsonian și akinetice. Antiparkinsonienele sunt utilizate în cele trei tipuri de efecte secundare, chiar dacă efectele hiperkinetice tardive și mai ales akinezia pot să necesite alți compuși.

CLASIFICAREA ANTIPARKINSONIENELOR. Antiparkinsonienele aparțin la trei familii principale:

Derivați de benzhidrol. Utilizați foarte frecvent, acești compuși (trihexifrenidil, biperiden) au în general o acțiune psihostimulentă, în afară de efectul lor la nivel extrapiramidal. Unii sunt mai sedativi, ca etibenzatropina, utilizată pe cale parenterală în caz de episoade distonice acute, și benzatropina, preferată de psihiatrii anglo-saxoni.

Derivați de dibenzotiazepine. Tropatepina determină o sedație. Ea posedă, ca și derivații benzhidrolului, proprietăți anticolinergice.

Derivați de fenotiazină. Mai puțin folosiți la ora actuală, acești compuși de structură apropiată cu a neurolepticelor fenotiazinice (dietazină, profenamină) sunt prea puțin stimulente.

ALȚI COMPUȘI. Au fost propuse ca antiparkinsoniene și alte substanțe, dar ele rămân rareori folosite în psihiatrie: amantadina, agonist dopaminergic, care a fost utilizat și ca medicament antiviral, și bromocriptina, care stimulează PIF (Prolactine Inhibiting Factor), care reduce secreția de prolactină responsabilă de amenoreele glactoreice, observate și în cazul neurolepticelor. Acești doi compuși sunt în mod curent utilizați în tratamentul bolii Parkinson.

Numeroși compuși stimulenți, în afară de antiparkinsonienele propriu-zise, au fost utilizate în lupta contra akineziei, care rămâne cel mai frecvent dintre efectele secundare provocate de neuroleptice. Amfetaminicele nu mai sunt indicate, din cauza riscurilor de resurgență delirantă. Adesea s-a recurs la antidepresori psihotonici imipraminici în doză redusă.

PROBLEMA TRATAMENTELOR NEUROLEPTICE. Antiparkinsonienele sunt uneori prescrise sistematic, cu titlu preventiv, în cazul unui tratament cu neuroleptice. Această prescripție este controversată, deoarece efectele extrapiramidale, deși frecvente în cazul administrării unor neuroleptice incisive, nu se manifestă în medie decât în 20% din cazuri pe plan clinic, pe când antiparkinsonienele pot sta la originea unei patologii iatrogene, îndeosebi la subiecții în etate.

ANTIPSIHIATRIE (engl. *Anti-Psychiatry).* **Mișcare apărută la începutul anilor 1960, de interogație critică, punând sub semnul întrebării psihiatria tradițională și noțiunea de boală mentală pe care aceasta se bazează de la mijlocul secolului al XIX-lea.**

ANTIPSIHIATRIA ENGLEZĂ. Dacă această contestare apărea din 1957, cu psihiatrul american T. Szasz, care pune la îndoială realitatea bolii mentale, din care el face un simplu „mit" (în lucrările sale *Durere și plăcere* și *Mitul maladiei mentale*), iar dintr-un unghi accentuat filosofic ca faimoasa *Istoria nebuniei în epoca clasică* a lui M. Foucault, apărută în 1961, termenul *Anti-Psychiatry* și marea mișcare care a răscolit psihiatria se datorează englezilor D. Cooper, A. Esterson și R. Laing. Ei cei dintâi au dus până la capăt consecințele unei critici mereu refulate de psihiatrii înșiși: nebunia este un fenomen social a cărui definiție este impusă de societate și utilizată în vederea surghiunirii unora „etichetați drept nebuni", datorită psihiatrului și instituției psihiatrice, emanații și instrumente ale acestei societăți zise „alienante". Ar exista deci, în relația psihiatrului cu bolnavul mental și chiar în aceea a

psihanalistului cu cel psihanalizat, o „ipocrizie confortabilă și autoprotectoare", o veritabilă complicitate cu societatea întru apărarea unei „normalități" exorbitante, o supunere servilă la ordinea stabilită și o necunoaștere profundă, adesea nuanțată de sadism, a celui considerat bolnav. Psihiatrii ar trebui deci să adopte o atitudine cu totul diferită dacă vor să-i dea cuvântul acestuia din urmă, atitudine făcută din umilință și modestie, care i-ar lăsa într-un fel primul rol.

Pentru Cooper și prietenii săi, deci, ar trebui să fie dat uitării tot ce s-a învățat în psihiatrie, să fie părăsite instituțiile și spitalele, să nu se mai creadă în progresele terapeuticii. Singura cale ar fi aceea de a trăi laolaltă cu nebunii: să locuim cu ei, în mici comunități, să lăsăm baltă psihiatria și diagnosticele sale, să devenim într-un fel elevii schizofrenicilor, plătindu-ne cota-parte și, de ce nu, lecțiile pe care ei ni le pot da. Căci „nebunii au a ne învăța multe lucruri, nu numai în ceea ce îi privește, ci și în ceea ce ne privește". La limită, numai experiențele lor pot fi cu adevărat formatoare și didactice pentru viitorul antipsihiatru.

Antispitalul. Spitalului clasic trebuie să-i succeadă „antispitalul". Cooper relatează experiența organizată în pavilionul 21, o unitate de schizofrenici dintr-un mare spital psihiatric de la periferia Londrei. În acel pavilion, metodele și atitudinile clasice au fost sistematic eliminate sau total inversate. În pofida dificultăților întâmpinate de personalul îngrijitor, căci „nu se poate accede la realitatea grupului instituțional decât cu condiția sacrificării mijloacelor de existență sau de a le pune, cel puțin, întrucâtva în pericol", bolnavii au devenit, într-un fel, îngrijitori. Trebuie, bineînțeles, ca să se ajungă aici, să fie depășită acea „frontieră deosebit de amenințătoare care separă personal și pacient, sănătate și nebunie". Dar, după cum spune cu regret Cooper, „răspunsul oficial a fost departe de a fi favorabil". El consiliază ca aceste antispitale să fie fondate în afara serviciilor publice, așa cum el însuși a făcut în cadrul asociativ al Philadelphia Association, creată împreună cu prietenii săi Esterson și Laing, în 1965. Cel mai celebru dintre aceste *homes* a fost faimosul Kingsley Hall, centru comunitar din periferia din estul londonez, unde s-au stabilit 119 persoane (din 1965 în 1970), printre care Mary Barnes, veritabilă vedetă a mișcării antipsihiatrice engleze. Ea a parcurs aici, ajutată de psihiatrul J. Berke, care i-a povestit istoria, o lungă regresiune-renaștere, devenind, începând cu frescele pe care la început le realiza din materiile sale fecale un pictor de talent. Schizofrenia sa nu era decât o etichetă pe care societatea i-a impus-o spre a-i închide gura, spre a-i înăbuși revolta, cu ajutorul psihiatriei oficiale, „mereu gata să violenteze nebunia" (Cooper).

Metanoia. Dacă mișcarea antipsihiatrică engleză determina dispariția diverselor diagnostice de psihoze cronice, în contestarea sa antinosografică, ea admitea totuși existența unor „psihoze acute". Dar în cazul acesta era suficient să se respecte evoluția normală, care trebuia să ducă în mod spontan la vindecare, deoarece tocmai tratamentele și internarea provocau cronicizarea. Era suficient să fie urmărit bolnavul în călătoria sa. Laing admite că unii subiecți pot prezenta crize psihotice acute, veritabile călătorii metanoice în care spiritul se schimbă și care pot fi provocate cu substanțe psihomimetice de felul L.S.D. Aceste voiajuri sunt bune sau rele, după cum mediul le favorizează sau le contrariază. Serviciile și clinicile psihiatrice

clasice, considerându-le ca maladii, le tratează ca atare și fac deci din ele psihoze cronice, schizofrenii. În schimb, dacă mediul este favorabil, acel voiaj este o descoperire mai profundă de sine, cu un dinamism revoluționar benefic. Catastrofa nu ar surveni de fapt decât în cazul în care la aceasta se opune aparatul social, polițist și medical. Laing avea să numească această criză, această odisee, o *metanoia*, cuvânt grec găsit în Evanghelii și care are sensul de pocăință, de regret, dar și de conversiune, de transformare spirituală. Atunci când subiectul este în metanoia, este de ajuns ca el să stea câtva timp în unul din aceste antispitale, pentru ca derularea crizei, care nu ar fi tolerată în nici un mediu, psihiatric sau nu, să aibă loc până la capăt, în general sub o formă regresivă. Laing relatează cazul unui tânăr medic militar, atins de un acces paranoid acut, de care s-a ocupat chiar la începutul carierei sale. În loc să-i aplice pacientului tratamentele clasice (insulină, electroșocuri sau sedative), el a petrecut ore în șir cu dânsul. Delirase cu el, devenindu-i asociat la proiecte: atacarea Băncii Angliei, faptul de a fi Iuliu Cezar, Hamlet sau Robin Wood. În afara existenței sale liniștitoare și al companiei pe care i-o ținea, Laing nu i-a aplicat deci nici o terapeutică. La capătul a șase săptămâni de nontratament, militarul și-a abandonat fantasmele delirante și a fost capabil să-și reia viața normală. Așadar, psihoza ar purta în ea însăși soluția și mijloacele de vindecare. Ba chiar este, adaugă el, o experiență foarte profitabilă, „o cotitură favorabilă în evoluția personalității". Ne-am putea întreba dacă nu ar trebui uneori să o provocăm pentru a face să apară, în spatele *sinelui artificial* (engl. *false self*), *sinele profund și autentic* (engl. *inner self*). După Laing (*Eul divizat*), în aceasta ar consta interesul pentru anumite stări psihedelice, acele voiajuri, cum le numesc amatorii de L.S.D. Iar Laing reiterează „invitația la voiaj" în cartea sa următoare, *Politica experienței*, pe care unii au putut-o socoti o adevărată provocare la toxicomanie.

Patogenia familială și socială. În această perspectivă, Esterson și Laing au pus accentul, pornind de la studiile lor referitoare la familiile de schizofrenici, pe o cauzalitate esențialmente socială și familială a tulburării mentale. Pentru ei se punea problema denunțării unei anumite concepții eronate despre individualitatea psihofizică a bolnavului și orientarea cercetării spre procesul dialectic și istoric care se dezvoltă în contextul jocului complex al relațiilor interpersonale. După cum arată ei, „interesul nostru are în vedere persoanele întotdeauna în relație cu noi sau între ele și întotdeauna în lumina contextului grupului lor, care, în acest travaliu, este în primul rând familia, dar care poate include și rețelele personale extrafamiliale ale membrilor familiei, dacă acestea au o importanță specifică cu privire la elementele pe care încercăm să le clarificăm". Familia este deci considerată de ei ca o „textură relațională, ca un câmp de interacțiuni concrete, în care înfruntările și influențele reciproce sunt amplificate în funcție de proximitatea ființelor aflate într-o confruntare permanentă". *Nexus familial* este termenul prin care ei desemnează acea structură nodală privilegiată care permite unui individ să se înțeleagă în interacțiunile sale familiale.

În cercetarea lor asupra a unsprezece familii în cadrul cărora se găsea câte un schizofren, Esterson și Laing arată că comportamentul considerat pe plan clinic ca simptomatic pentru schizofrenie nu este decât rezultatul interacțiunilor familiale.

Această boală nu ar fi deci decât o creație a mediului sociofamilial. Ei s-au interesat îndeosebi de simptomele zise „procesuale", adică acelea care ar fi, dintr-o perspectivă psihobiologică, manifestările directe ale unui proces biologic ca acela descris de E. Bleuler. Or, astfel de simptome, atunci când sunt reexaminate dintr-o perspectivă sociofamilială, ies din „reduta biologică" pentru a apărea ca o strategie inventată de subiect pentru a reuși să trăiască în ceea ce a devenit pentru el de netrăit. Regăsim deci, în simptomatologia bleuleriană, manifestările unei adaptări dramatice ale unui individ pe care condițiile familiale îl înfundă, într-un fel, într-o veritabilă situație de supraviețuire. În această privință, filmul *Family Life* (1972), al lui K. Loach, a fost o ilustrare cinematografică exemplară a acestor teze.

Fără îndoială, antipsihiatrii englezi nu sunt primii care au studiat patologia mentală intrafamilială. În Statele Unite a existat un mare interes pentru patologia familială. T. Lidz și grupul său au aplicat o lectură psihanalitică, privilegiind triada familială și reliefând decalajul care ar apărea între organizarea conștientă a rolurilor parentale și căutarea de către copilul „viitor schizofrenic" a propriei sale identități în dezvoltarea personalității sale. L.C. Wynne a reperat și el, în psihopatogeneza familială a schizofreniei, relațiile particulare ale pseudomutualității și pseudoostilității. Dar mai ales școala zisă „de la Palo Alto" a dobândit un anumit renume în studierea tulburărilor de comunicare. J. Weaakland și D. Jackson au utilizat în special noțiunea de dublă legătură (engl. *double bind*) introdusă de etnosociologul G. Bateson, care a arătat că această distorsiune a comunicării intrafamiliale poate juca un rol esențial în apariția și manifestările clinice ale schizofreniei.

Dar toate aceste cercetări nu caută să facă inteligibile relațiile familiale ale schizofrenului decât conform ipotezei psihosociologice introduse inițial, părinții nefiind finalmente implicați în maladia copilului decât la nivelul acestui model. Iar astăzi se știe că aceste modele nu le dau cercetătorilor decât iluzia de a fi găsit o cheie. Toate aceste sisteme de organizare familială și ideologiile respective, continuându-și opera, ar risca cel mult să-l amăgească pe terapeutul prea grăbit să găsească „factori patogeni". Iar în prezent pare bine stabilit că dubla legătură, ca și conceptul de „deviere a comunicării", introdus și dezvoltat de echipa Wynne, nu au nimic specific și nu constituie factori predictivi și diagnostici suficienți în materie de schizofrenie.

Antipsihiatrie și politică. A existat în această mișcare engleză un fel de angajament eroic de a se situa în paradoxul unei opoziții față de o societate alienantă, cu toate normele și ortodoxia pe care ea le cere, opoziție asociată unei identificări cu bolnavul mintal, care finalmente ar fi personajul sănătos în fața numitei societăți bolnave. Dar, la urma urmei, este mai ușor să participi la revolta aceluia decât la reforma acesteia.

A critica în mod exagerat psihiatria tradițională înseamnă, fără îndoială, a risca să uiți să pui în cauză și să analizezi propria-ți agresivitate. Orientând-o pe aceasta în același sens cu aceea a bolnavului, înseamnă a suprima problema propriei angoase în fața aceleia a bolnavului. Te situezi, „la un loc cu bolnavii", contra instituției, administrației, societății. Dar prin aceasta nu ai suprimat problema nebuniei. Pur și simplu ți-ai cumpărat ieftin o conștiință bună. Or,

se știe că această conștiință bună nu este nimic altceva decât un *false self*, sediu prin excelență al celei mai profunde necunoașteri de sine. Este astfel întreținută necunoașterea motivațiilor psihiatrului în materie, a culpabilității sale de a rămâne de „partea bună" și de a se retrage cu abilitate dintr-o afacere delicată, chiar „din agresivitatea sa inconștientă pe care se pune problema să o anulezi, identificându-te cu agresatul (acolo unde poate că psihiatrul tradiționalist s-ar identifica cu agresorul), în orice caz al bolnavului său în orice relație de putere, aici negativată de angajamentul antipsihiatric" (J. L. Faure și E. Ortigues).

Există, de fapt, în orice instituție terapeutică, o relație de putere din ce în ce mai greu de precizat, dar care în nici un caz nu poate fi escamotată. Iar aceasta înseamnă a porni de la filosofia lui Sartre, pe care Laing și Cooper s-au străduit să o analizeze din punct de vedere politic. Ei cunosc la perfecție opera lui Sartre, mult mai bine decât majoritatea psihiatrilor francezi. De altfel i-au consacrat o lucrare intitulată *Rațiune și violență: un deceniu al filosofiei lui Sartre*, pentru care filosoful a scris un cuvânt înainte. Ei studiază aici *Critique de la raison dialectique, Questions de méthode* și *Saint Genet, comédien et martyr*. Deja în 1960, în *Eul divizat*, Laing ținuse să descrie în termeni existențialiști și relaționali boala mentală și mai ales schizofrenia. Fără a neglija opera lui Freud, el căuta să demonstreze că societatea occidentală nu reprimă numai instinctele și sexualitatea, ci și toate formele de transcendență. „Un om — scrie el — care preferă să fie mort mai degrabă decât comunist este normal. Un om care declară să și-a pierdut sufletul este nebun. Un om care spune că oamenii sunt mașini poate fi considerat un mare om de știință. Un om care spune că el este o mașină este «depersonalizat» în jargon psihiatric. Un om care proclamă că negrii sunt o rasă inferioară poate fi respectat de mulți. Un om care pretinde că albeața sa este o formă de cancer riscă să fie internat." Și Cooper, răsturnând conceptul de sănătate mentală, abundă în aceeași retorică: „Sănătatea mentală, așa cum o concep eu, este posibilitatea pentru fiecare ființă umană de a se angaja nu numai până în miezul nebuniei, ci și în miezul oricărei revoluții, găsind pe această cale o soluție pentru prezervarea Eului."

Nimic de mirare, așadar, în faptul că antipsihiatrii englezi se angajează astfel pe o cale autentic revoluționară. Iar documentele acelui *Congress on the Dialectics of Liberation*, ținut la Londra în 1967, sunt în această privință extrem de elocvente. S-au regăsit aici, alături de Laing și de Cooper, H. Marcuse și S. Carmichael. Scopul congresului era să „creeze o veritabilă conștiință revoluționară, făcând joncțiunea dintre ideologie și acțiune, de la indivizi la mase, fără a refuza violența, dacă ea este necesară". Se pare însă că acordul în această privință nu a fost întotdeauna complet, iar perspectivele lui Carmichael sunt net mai „angajate" decât acelea ale lui Cooper. Antipsihiatrii par să practice un anarhism în definitiv destul de utopic. Este greu să vezi un act de rezistență cu adevărat serios și periculos în faptul, cum povățuiau ei, de a sfâșia în mod public cotidianul „putred" cumpărat de la chioșcul de ziare. Iar mișcarea antipsihiatrică engleză s-a cufundat în această utopie.

Nu a fost și cazul Italiei, unde aceeași mișcare a condus la dispariția azilului, fiind de altfel și mai politizată.

ANTIPSIHIATRIA ITALIANĂ. În Italia, chiar dacă lui F. Basaglia nu-i prea plăcea să fie numit antipsihiatru, mișcarea a condus la o reformă radicală: suprimarea vechii legi din 1904 care impunea internarea într-un mod destul de similar cu legea franceză din 1838.

În 1962 a început, la Gorizia, transformarea vechiului azil, sub impulsul medicului-director al acestuia, F. Basaglia. Acesta, care a lucrat îndeosebi cu E. Jones, la Londra, unde a învățat cum funcționează o comunitate terapeutică, a instituit bazele unei vieți comunitare în stabilimentul său psihiatric. Cu o echipă în același timp dinamică și extrem de politizată, el și-a dat seama că lucrul acesta nu era de ajuns pentru schimbarea azilului, constatând persistența efectelor iatrogene ale acestuia asupra pacienților. A tras de aici concluzia că internarea nu poate decât agrava boala mentală. Trebuia, deci, să-i „elibereze pe bolnavi". Aceștia erau mai ales „dezmoșteniți", victime ale unei societăți intolerante, care respingea orice deviere. La urma urmei, „munca în comunitate" nu este decât un alibi pentru îngrijitori. Azilul nu este decât un instrument de respingere și de încarcerare și trebuie distrus. La această concluzie ajunge Basaglia la sfârșitul cărții sale *Instituția în negație* (1968). Basaglia refuză deci perfecționismul tehnic al comunității terapeutice, al muncii de sector și chiar diferitele abordări ale psihoterapiei instituționale. Pentru el ameliorarea tehnicilor psihiatrice nu fac decât să întârzie momentul în care azilul trebuie să dispară. Căci „știința este mereu în serviciul clasei dominante", iar spitalul psihiatric nu este decât una dintre „instituțiile violenței" prin care aceasta conduce și oprimă masele. Psihiatrul italian, urmat de mișcarea „Psychiatria Democratica", fondată de elevii săi, preconizează o răsturnare a tuturor instituțiilor psihiatrice: „negarea (instituțiilor) ca singura modalitate actualmente viabilă în interiorul unui sistem politico-economic care absoarbe în el orice nouă afirmație și o utilizează spre a se consolida". Această mișcare atât de radicalizată nu avea să fie urmată în Italia de toți profesioniștii psihiatriei. A fost, dimpotrivă, întotdeauna reprezentată de o minoritate dintre ei, dar puternic politizată și foarte activă. În așa fel încât, în 1978, o comisie parlamentară, în care erau reprezentate toate partidele, a propus suprimarea legii din 1904 și o nouă lege care să integreze psihiatria într-o reformă sanitară globală care să ducă la dispariția spitalului psihiatric: *Legea 180**. Aceasta conduce însă la o anumită medicalizare a psihiatriei, care nu mai este decât o specialitate medicală între toate celelalte. Această reîntoarcere a nebuniei în cadrul strict al medicinei displace multor militanți ai „Psychiatria Democratica". Cu toate acestea, Basaglia, care a obținut satisfacție o dată cu dispariția azilurilor, nu s-a opus. A început atunci o dezbatere destul de furtunoasă între opozanții acestor reforme și partizanii acestora, în detrimentul bolnavilor, care nu mai găsesc întotdeauna structura sanitară de care ar avea nevoie.

ANTIPSIHIATRIA ÎN FRANȚA. A cunoscut un mare succes în rândurile intelectualilor stângiști în 1968, dar a avut puține aplicații practice, majoritatea psihiatrilor francezi crezând că pot depăși problematica antipsihiatrică printr-o politică sanitară de sectorizare psihiatrică și psihoterapie instituțională.

S-au inaugurat totuși, mai ales în psihiatria infanto-juvenilă, câteva centre de primire și de libertate pentru devianța de

diverse forme, cu o anumită proporție de eșecuri care ar putea fi un prilej prețios de reflecții teoretice și critice. Critica esențială este poate aceea că aceste spații s-au prezentat, în mod tacit, drept spații de viață ideale. Cum este imposibil ca aici să nu se dezvolte tensiuni și conflicte — ca în sânul oricărui grup lipsit de mediere —, vedem reproducându-se aceeași situație ca într-o familie. Conflictele și tensiunile familiale sunt zdrobite de idealizarea familiei, cel puțin pentru copilul mic. Cei care opun aceste spații comunitare familiei nu bagă de seamă că o reproduc, așa încât aceste comunități se prezintă ca ideale și visează să se instaureze pe veci (O. Mannoni).

Într-un „spațiu zis antipsihiatrie" (Școala experimentală de la Bonneuil-sur-Marne), M. Mannoni a căutat să țină seama de aceste dificultăți. Putem spune că ea s-a inspirat de la Kingsley Hall, dar și din critica făcută de teoria psihanalitică experienței britanice.

Ea a organizat la Paris, în zilele de 21 și 22 octombrie 1967, un colocviu asupra psihozelor, la care, pentru prima dată în Franța, au luat cuvântul Cooper și Laing, expunându-și concepțiile, cel dintâi asupra metanoiei, celălalt asupra marilor principii ale unei antipsihiatrii „care renunță la orice scop de readaptare", vizând, dimpotrivă, „eliberarea celui care ne caută" (*Enfance aliénée*, II).

Dar entuziasmul nu a fost general, iar H. Ey a adunat în jurul său pe psihiatrii cei mai critici la adresa antipsihiatriei. Medicul de la Bonneval crede de fapt că aceasta reprezintă o „tendință psihiatricidă" deosebit de primejdioasă pentru specialitatea sa. Căci, confundând noțiunea de maladie mentală și tulburările vieții de relație, ea riscă să „se izbească de imposibilitatea de a defini și sesiza maladia mentală", ajungând să o nege. Pentru Ey, așadar, nu este vorba decât de o negare pur și simplu a psihiatriei, negare pe care, bineînțeles, nu o poate admite.

CE RĂMÂNE, DUPĂ DOUĂZECI DE ANI, DIN ANTIPSIHIATRIE? Încă înainte de moartea lui Basaglia (1980) și a lui Cooper (1986), mișcarea lor deja părea uitată. Fără îndoială, rămâne „în inconștientul colectiv, și mai ales în acela al tinerilor schizofrenici", un „ecou al marilor opțiuni ale antipsihiatriei. Rămâne din această aventură generoasă un fel de nostalgie generoasă a unui loc de primire a nebuniei, antiteză a lugubrei servituți a neurolepticelor..." (C. Koupernik). Critica radicală a instituției spitalicești psihiatrice clasice a jucat de asemenea un rol neneglijabil în reformele întreprinse și în mișcarea, care continuă, a „dispariției azilului". Cât despre Laing, care avea să moară în 1989, și Esterson, datorită studiilor lor asupra familiilor de schizofrenici, ei apar în prezent, împreună cu cercetătorii din școala de la Palo Alto, drept pionierii terapiilor familiale. Antipsihiatria ne-a pus mai ales „în gardă în mod salutar contra unei anumite reificări a psihiatriei", reprezentată în special prin utilizarea unui „DSM-III revizuit", cu „caracterul său pretins ateoretic" și „prin ambiția de asepsie a comportamentaliștilor", care, la urma urmei, nu vizează decât să șteargă cu guma un simptom, recuzând astfel „o concepție holistică despre om și nebunia sa" (C. Koupernik). Și cine ne va convinge că ceea ce înțelegem de obicei prin psihoză cronică nu este uneori o simplă complicație a unei stări psihotice acute, a unui moment fecund în care ar fi trebuit să-i permitem persoanei să acceadă la statutul de subiect, respectându-i traiectul metanoic? Căci evoluția bolii mentale depinde fără îndoială de

intervenția psihiatrică, dar uneori în sensul cronicizării. Vedem lucrul acesta foarte bine în unele accese delirante care, tratate *à l'occidentale*, se transformă în schizofrenii. Și „dacă psihiatrul nu este inocent?" (L. Israël). Aceasta este întrebarea pe care acesta din urmă, ca și antipsihiatrii, nu trebuie să înceteze de a și-o pune în exercițiul diverselor modalități ale practicii sale.

Bibl.: Cooper, D., *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Éditions du Seuil, Paris, 1970; Delacampagne, C., *Antipsychiatrie*, Grasset, Paris, 1974; Koupernik, C., *L'antipsychiatrie, sens ou non-sens*, Grasset, Paris, 1974.

ANTIPSIHOTIC (engl. *antipsychotic*). **Se spune despre orice medicament care are un efect în tratarea psihozelor.**

Antipsihoticele cuprind esențialmente neurolepticele, antidepresorii și tranchilizantele majore care intră în această definiție. Dar uzajul rezervă totuși termenul pentru medicamentele utile în schizofrenie (H. Lôo) → NEUROLEPTIC; SCHIZOFRENIE.

ANXIETATE (engl. *anxiety*). GENER. 1) **Stare emoțională de tensiune nervoasă, de frică, puternică, slab diferențiată și adesea cronică.** GENER. 2) **Predispoziție a unei persoane pentru stări anxioase.**

STARE EMOȚIONALĂ. Diferența dintre frică și anxietate este o chestiune de grad și mai ales de cogniție. Numim de preferință *frică* o stare al cărei obiect este bine cunoscut de subiect, adică o stare care are un conținut emoțional și reprezentativ al obiectului său.

În loc de a vorbi despre obiect, concepțiile behavioriste vorbesc despre *declanșatorul* sau despre *stimulul* fricii.

Putem de asemenea vorbi de *intenție*, în sensul fenomenologic al termenului, ceea ce corespunde în limbaj complementului de nume al cuvântului *frică* sau complementului direct al verbului *a se teme (de)*: „lui îi este teamă de X" sau „se teme de X" (de exemplu: „lui îi este frică de câine"); sau „îi este teamă că p" sau „se teme că p", dacă este vorba de un eveniment descris printr-o propoziție mai degrabă decât de un simplu obiect în sensul propriu al termenului (de exemplu : „se teme ca dulăul să nu-l muște").

În contrast cu aceste situații, rezervăm adesea cuvântul *anxietate* cazurilor în care obiectul este slab diferențiat din punct de vedere cognitiv. Dar îl putem de asemenea aplica fricilor intense sau acelora repetitive, cronice și, în definitiv, patologice.

PREDISPOZIȚIE LA STĂRI ANXIOASE. Trebuie să facem în mod cu totul riguros distincție între ceea ce uneori numim „anxietate-stare" și „anxietate-trăsătură". Noțiunea de stare emoțională, așa cum ne-o arată numele ei, corespunde unei stări trecătoare, care poate surveni la orice individ.

Anxietatea-trăsătură este o caracteristică individuală, aparent înnăscută, care la rându-i se manifestă în două feluri: predispoziția de a trăi stări de frică în prezența stimulilor care, pentru alți indivizi, sunt mai puțin anxiogeni, chiar cu totul neanxiogeni (în unele cazuri se pare că absentează orice stimul sau obiect anxiogen); predispoziția de a dezvolta stări de teamă condiționată față de stimuli care în ei înșiși nu sunt nemijlocit anxiogeni. Un nivel ridicat de anxietate-trăsătură este considerat a avea un caracter patologic.

PSIHIATR. **Stare de neliniște în care predomină perceperea unei situații care, deși**

în general nedeterminată, s-ar putea dovedi dezagreabilă, ba chiar periculoasă.

Pentru P. Pichot (1987), „anxietatea (sau angoasa) este o stare emoțională care constă pe plan fenomenologic din trei elemente fundamentale: perceperea unui pericol iminent, o atitudine de așteptare în fața acestui pericol și un sentiment de dezorganizare legat de conștiința unei neputințe totale în fața acestui pericol".

În afară de această așteptare neliniștită care anticipează posibilitatea survenirii unor evenimente nefericite, anxietatea se poate însoți de tensiune musculară, de inhibiție motorie și mai ales de manifestări neurovegetative. Dintre acestea, cele mai curente sunt: palpitații sau tahicardie, în care pulsul și respirația se accelerează, cu toate că subiectul se află în repaos; senzații de vertij sau de leșin; bufeuri de febră sau de răceală sau o transpirație excesivă, accese de roșeață sau de paloare, o uscăciune a gurii; grețuri; senzație de bulă de aer în gât sau de jenă în golul stomacului; diaree sau o trebuință frecventă de a urina.

Numeroase reacții anxioase ocazionate de factori de stres (de exemplu, prezența unui pericol iminent și real, o situație de examen, un doliu sau boala unei rude apropiate) sunt normale. Ele ar putea chiar să aibă un rol protector, inhibând o acțiune intempestivă a subiectului. Ca și reacțiile de frică, ele se risipesc în mod previzibil de îndată ce factorul de stres sau pericolul perceput au dispărut. Anxietatea, însă, este în general definită ca manifestându-se fără cauză valabilă și constituie un greu handicap căruia clinicienii caută să-i evalueze natura și intensitatea.

În *anxietatea patologică*, componentele autonome descrise mai sus apar exacerbate și pot lua, de exemplu în anxietatea generalizată, un caracter mai durabil. Anxietatea patologică are și componente comportamentale care inhibă acțiunea subiectului sau îl fac să evite numeroase situații, precum și componente cognitive care îl fac să-și subestimeze capacitățile reale, așa încât această anxietate este adesea în raport cu efecte depresive.

Tulburările anxioase rămân în prim-planul nevrozelor, a căror clasificare a fost inspirată de conceptele lui S. Freud. Cercetările biochimice, pe de o parte, demonstrând posibila utilizare a anxioliticelor și a betablocantelor în calmarea anxietății, tratamentele comportamentale, pe de altă parte, care recurg la tehnici de relaxare, permit abordarea acestor tulburări într-o optică mai biologică. Anxietatea este astfel supusă nu numai influenței unor factori exteriori, ci și aceleia a predispozițiilor interne, psihofiziologice, care se manifestă cu mai multă sau mai puțină intensitate, după subiecți.

Cu toate acestea, pusă în evidență în psihologie cu ajutorul a numeroase chestionare, anxietatea se prezintă ca o trăsătură de personalitate care, ea însăși, se definește prin mai multe componente. Unele dintre aceste chestionare permit să se facă o distincție, cât se poate de utilă în clinică, între o anxietate care ar fi permanentă la același subiect și o anxietate a cărei intensitate ar varia cu starea subiectului în timpul reacțiilor sale emoționale.

DIFER. Diferențele individuale într-o dispoziție personală relativ generală (care tinde să se manifeste indiferent de situație) și relativ stabilă de a trăi anxietatea au făcut obiectul a numeroase cercetări, prilejuind construirea mai multor instrumente.

Evaluarea acestei dispoziții („anxietate-trăsătură") trebuie deosebită de evaluarea anxietății trăite actualmente de către un individ („anxietate-stare").

Cercetările diferențiale privind anxietatea s-au inspirat, în diversitatea lor, din diversitatea teoriilor generale ale anxietății. Cu toate că evaluarea anxietății ar putea utiliza măsurări fiziologice, de observări ale comportamentului într-o situație determinată sau de teste de personalitate (ca testul Rorschach), cel mai adesea sunt folosite chestionare specifice. J.A. Taylor a propus o *scară de anxietate manifestă* (engl. Manifest Anxiety Scale sau M.A.S.), alcătuită din itemuri împrumutate de la Minnesota Multiphasic Personality Inventory (→ CHESTIONAR DE ANXIETATE). Subiectul se descrie în ceea ce privește sentimentele de insecuritate, lipsa de încredere sau în ceea ce privește anumite simptome fiziologice. Cercetările realizate cu ajutorul acestui instrument pot conduce la a considera diferențele individuale de anxietate ca explicabile printr-o tendință dobândită. În aceeași orientare, au fost propuse chestionare de anxietate pentru situații specifice; examinarea cu ajutorul testelor, luarea în considerare a situațiilor sociale, a situațiilor școlare etc. R.B. Cattell a pus la punct un chestionar de anxietate cu 40 de itemuri, care are ca rezultat o notă generală de anxietate și două note privind anxietatea manifestă și, respectiv, anxietatea voalată. Studierea acestui chestionar a utilizat analiza factorială și conduce la considerarea anxietății ca un factor de ordinul al doilea, la care contribuie cinci factori primari de personalitate, a căror importanță relativă poate varia de la un individ la altul: structuri caracteriale socialmente aprobate, slăbiciunea Eului, sentiment de insecuritate socială, presiunea Supraeului, forțe impulsionale ale Sinelui. H. J. Eysenck consideră că factorul de anxietate se reduce la o combinare a celor doi factori fundamentali prin care descrie el personalitatea: nevrozismul și introversiunea. Pentru J.A. Gray anxietatea constituie ea însăși unul dintre factorii fundamentali ai personalității (celălalt fiind impulsivitatea), chiar dacă ea se poate descrie printr-o asemenea combinare. → ANGOASĂ; CHESTIONAR DE ANXIETATE; STRES.

Bibl.: Eysenck, H.J., *A Model for Personality*, Springer Verlag, Berlin, 1981; Pichot, P., *L'anxiéte*, Masson, Paris, 1987; Selye, H., *The Stress of Life*, McGraw-Hill, NewYork, 1970; Spielberger, C.D., *Emotions, their Parameters and Measurement*, Raven Press, New York, 1975.

ANXIOLITIC *(*engl. *anxiolytic).* **Medicament al anxietății.**

Anxietatea este un sindrom regăsit în diferite patologii și sensibil la numeroși compuși. În practică, se dovedește dificil de separat anxioliza de calmare sau reducția de activitatea anumitor funcții fiziologice, între care vigilitatea. Majoritatea anxioliticelor aparțin de vasta categorie a psiholepticelor sau sedativelor (J. Delay și P. Deniker, 1957). Le situăm în subgrupa tranchilizantelor minore și a sedativelor clasice.

Tranchilizantele se definesc în comparație cu alți compuși din familia psiholepticelor: pe plan farmacologic nu sunt nici hipnotice, nici neuroleptice, nici reglatori de dispoziție.

Din punct de vedere istoric, descoperirea substanțelor neuroleptice dotate cu proprietăți sedative fără efect hipnotic predominant, ca clorpromazina (1952), a fondat clasa tranchilizantelor. Acestea din urmă pot avea efecte antipsihotice sau neuroleptice. Anglo-saxonii le numesc *tranchilizante majore* (engl. *major tranquillizers)* sau *antipsihotice*, pe când francezii

preferă termenul „neuroleptice". Pe de altă parte, există *tranchilizante minore* (engl. *minor tranchillizers*), care au un efect simptomatic, fără a modifica profund cursul maladiei și fără să inducă efecte secundare neurologice de tip extrapiramidal, ca tranchilizantele majore. De altfel, ele corespund unui ansamblu mult mai eterogen pe plan farmacologic. Aici vom analiza tranchilizantele în sens de tranchilizante minore.

CLASIFICAREA TRANCHILIZANTELOR

Derivați ai hipnoticelor. Acești compuși, înrudiți cu metilpentinolcarbamatul, au un efect sedativ. Ei alterează vigilitatea și nu sunt lipsiți de acțiune hipnotică.

Tranchilizante cu efecte neurovegetative predominante. Această clasă regrupează antagoniștii sistemelor simpatic și parasimpatic. Astfel, hidergina, substanță antiadrenergică constituită din acaloizi ai cornului-de-secară, este indicată în unele tulburări anxioase cu expresie neurovegetativă. Medicamente tradiționale (beladonă, atropinice, derivați ai ergotaminei) au același tip de acțiune.

Antihistaminice. Ele cuprind: 1) derivații de benzhidrol; acești derivați, mai degrabă stimulenți, regrupează substanțe variate ca azaciclonolul, captodiamina și hidroxizina (sedativă); 2) fenotiazinele; această grupă cuprinde substanțe de largă utilizare ca prometazina, precursor al clorpromazinei, și alimemazina, tot mai mult cunoscută pentru proprietățile sale hipnotice.

Tranchilizante miorelaxante. Această categorie regrupează substanțele cel mai larg utilizate și cele mai originale, în special benzodiazepinele.

Benzodiazepinele. Proprietățile miorelaxante caracteristice grupei se explică prin legătura inițială cu curarizantele (blocanți ai transmisiei neuromusculare utilizați în anestezie), ca mefenezina, care fac dovada unui efect central. În afara efectelor lor la animal, aceste tranchilizante au particularitatea de a inhiba reflexele polisinaptice (care implică nu numai măduva spinării, ci și centrii supramedulari). Ele au inconvenientul de a determina o dependență care se exprimă prin reacții de sevraj în cazul în care tratamentul este întrerupt în mod brutal, după o utilizare prelungită.

Meprobamatul. Este utilizat mai ales în tratamentul sevrajelor alcoolice.

Clordiazepoxina. A fost cel dintâi tranchilizant (1959) din lunga serie a benzodiazepinelor. Toate benzodiazepinele posedă, în grade diferite, proprietăți anxiolitice, sedative și hipnotice, miorelaxante și anticonvulsivante. Intervalul de timp necesar spre a obține punctul culminant plasmatic și înjumătățirea de eliminare sunt parametrii farmacocinetici care îl ghidează pe medicul care face prescripția.

Opipramolul. Face tranziția la antidepresorii diazepinici.

Compuși de tranziție. Aceste substanțe se situează între antidepresori și neuroleptice. Într-adevăr, unele tranchilizante posedă proprietăți antidepresive, insuficiente totuși pentru a le clasifica fără rezerve în rândul antidepresorilor: este cazul dibenzepinei, al doxepinei și al benzoctaminei.

S-au putut clasifica în această categorie și neurolepticele: unele tioxantene care determină o catalepsie la animal, ca toate neurolepticele, dar care induc puține efecte extrapiramidale la om.

În afara acestor diferite tranchilizante, o serie de substanțe care aparțin diverselor clase terapeutice posedă proprietăți anxiolitice, uneori în funcție de dozele utilizate: este cazul unor neuroleptice în doză slabă și al unor antidepresori cu efecte laterale anxiolitice. Vom cita și betablocantele, deosebit de eficace asupra semnelor fiziologice ale anxietății (tahicardie, tremurătură). Aceste efecte clinice nu apar întotdeauna în modelele animale de anxietate, construite esențialmente pornind de la proprietăți ale benzodiazepinelor.

INDICAȚII ALE TRANCHILIZANTELOR

Anxietate și nevroză anxioasă. Tranchilizantele sunt utilizate în primul rând pentru a reduce anxietatea. Se tinde azi, pe urmele școlii americane a DSM-III, să se distingă mai multe tipuri de anxietate. Anxietatea generalizată nu este structurată în fobii sau în tulburări obsesional-compulsive. Ea nu evoluează sub forma unei succesiuni de accese de panică. Se caracterizează printr-o tensiune motorie, printr-o hiperactivitate a sistemului nervos autonom, o așteptare anxioasă și o hipervigilitate care evoluează în mod durabil. Totalitatea tranchilizantelor și în special benzodiazepinele clasice se arată eficace în acest tip de anxietate.

Dimpotrivă, tulburările panice constau din veritabile „atacuri" de anxietate acută, de durată limitată, care nu sunt doar reacții la stimulii temuți de pacient. Benzodiazepinele clasice sunt puțin eficace în aceste manifestări, care sunt sensibile la un compus din noua clasă a triazolobenzodiazepinelor: alprazolamul. Dar aceste tulburări panice răspund și la agenți antidepresori, considerați nonsedativi: IMAO (inhibitori ai monoaminooxidazei) și triciclicele (imipramină), ceea ce pune din nou sub semnul întrebării concepția tradițională despre anxiolitice. Farmacologia și-a adus contribuția la punerea în lumină a eterogenității conceptului de anxietate.

Alte indicații psihiatrice ale tranchilizantelor. Ne referim la accesele confuzoonirice ale alcoolicilor în faza sevrajului (delirium tremens); nevrozele structurate (fobice, hipocondriace...); insomnie, spaime nocturne, instabilitate motorie, tulburări de comportament la copil; psihoze, în asociație și cu alte tratamente, chimice sau nu.

Indicații nonpsihiatrice. Tranchilizantele sunt utilizate de numeroase specializări medicale: în premedicație înainte de o anestezie, în cardiologie, afecțiuni psihosomatice etc. Ca și în psihiatrie, tranchilizantele nu exercită decât o acțiune simptomatică și, spre deosebire de alte psihotrope, ca neurolepticele și antidepresorii, nu trebuie să constituie tratamentul de fond al afecțiunii.

PRECAUȚII. Fără a enumera toate contraindicațiile tranchilizantelor, ansamblu de medicamente eterogene din punct de vedere farmacologic, este posibil să relevăm câteva puncte comune.

Riscul major al folosirii tranchilizantelor în scop anxiolitic, considerate uneori ca medicamente de confort, „aspirină psihologică" de care se abuzează, este reprezentat de dezvoltarea unei dependențe psihologice și fiziologice responsabile de reacții de sevraj la oprirea tratamentului.

Tranchilizantele determină o scădere a vigilității care poate jena activitățile psihomotorii complexe și periculoase, cum este conducerea automobilului. Scăderea vigilității este potențată de alcool și este mai frecventă la subiectul în vârstă. Tranchilizantele sunt în general contraindicate

în cazuri de miastenie și în primele luni de graviditate.

Descoperirea de molecule noi, care determină un răspuns terapeutic mai bun, dar care constituie și instrumente farmacologice originale, reprezintă una din mizele cercetării privind anxietatea. Benzodiazepinele, anxioliticele de departe cele mai utilizate, au suscitat numeroase ipoteze asupra mecanismelor biologice ale anxietății. Cu toate acestea, pe planul terapeutic, li s-a reproșat efectul sedativ rău disociat de acțiunea anxiolitică, efectul dismnezic, posibila dezvoltare a unei toleranțe și a unei stări de dependență care poate antrena un sindrom de sevraj. Noii compuși, care se fixează sau nu pe receptorii gababenzodiazepinici, nu ar avea aceste inconveniente.

RECEPTORII CENTRALI AI BENZODIAZEPINELOR. Începând din 1977, două laboratoare concurente (Squires și Braestrup, Möhler și Okada) constată că diazepamul tritiat se fixează pe siturile de legătură care predomină în cortexul frontal. Utilizarea de antagoniști ai acestor receptori benzodiazepinici a arătat că acțiunea benzodiazepinelor trece printr-o subclasă de receptori ai acidului gamaaminobutiric, principal neurotransmițător inhibitor al sistemului nervos central: complexul gaba A/benzodiazepinic. Benzodiazepinele, legându-se cu o subunitate a acestui complex, sporind capacitatea GABA de a activa fluxul de ioni clor spre interiorul neuronului, diminuează astfel excitabilitatea neuronală. Alți compuși sedativi (barbiturice, etanol) sporesc de asemenea acest flux. Dimpotrivă, substanțele zise „agoniste inverse", cum sunt unele betacarboline, contrează acest efect al GABA și sunt anxiogene la om, ca în modelele animale. Aceste mecanisme biochimice care survin în zonele cerebrale ale vieții emoționale, cum este sistemul limbic, ar fi declanșate de semnale interne și externe, responsabile de anxietatea endogenă și, respectiv, exogenă. Afinitatea pentru receptorul gaba A/benzodiazepinic, activitatea intrinsecă și parametrii farmacocinetici (cum este înjumătățirea de eliminare) variază după tipul de anxiolitic. Potrivit acestui model, o benzodiazepină cu înaltă afinitate pentru receptorul gaba A/benzodiazepinic, cu activitate intrinsec ridicată și cu înjumătățire scurtă este responsabil de fenomenele de sevraj mai intense. Modificări structurale ale receptorului însuși, devenind în mod progresiv mai sensibil la agoniștii inverși, ar putea duce la dezvoltarea toleranței.

În administrarea cronică, totuși, legarea *in vivo* a benzodiazepinelor radiomarcate diminuează, evocând o desensibilizare a receptorilor: o modificare cantitativă (scăderea numărului de situri) și nu calitativă ar sta la originea toleranței.

Receptorul gaba A/benzodiazepinic a fost izolat în 1987, iar genele codante au fost clonate, permițând analiza la nivel molecular a sintezei și a metabolismului acestui receptor. Ca și pentru dopamină și serotonină, punerea la punct a tehnicilor de imagerie cerebrală prin utilizarea camerei de pozitroni (*PET scan*), asociată cu studiul debitelor sanguine cerebrale regionale sub benzodiazepine, va determina o mai bună înțelegere a fenomenului toleranței, desigur, care se crede azi că este strâns legat de apariția dependenței.

Se știe, de altfel, că există mai multe tipuri de receptori de benzodiazepine: omega 1 și omega 2, care corespund receptorilor centrali, și omega 3, care desemnează un receptor găsit la periferie. Imidazopiridinele, compuși care posedă

proprietăți anxiolitice și hipnotice, sunt, de exemplu, liganți selectivi ai omega 1.

La fel după cum receptorii opiacei au condus ulterior la identificarea de opiacee endogene, receptorii de benzodiazepine pot, oare, să indice existența unor liganți endogeni care intervin în anxietate? Numeroși compuși au fost evocați pentru acest rol de anxiolitic natural, ca N-desmetil-diazepamul, identificat cu ajutorul unor anticorpi monoclonali antibenzodiazepinici. Această substanță a fost chiar găsită în creierele conservate ale unor subiecți decedați, înainte de descoperirea benzodiazepinelor, ceea ce pare să elimine ipoteza unui artefact. Cu toate acestea, moleculele similibenzodiazepine ar putea proveni de la bacterii saprofite sau din anumite alimente. Invers, substanțe ca tribulina (Sandler și colab., 1984) sau DBI (Diazepam Binding Inhibitor), izolat în creierul uman (Guidotti și colab., 1983), sunt antagoniști ai benzodiazepinelor. S-a arătat, de exemplu, că procentul de DBI fluctuează la jucătorii patologici în funcție de câștiguri și pierderi.

Aceste cercetări pun problema frontierelor dintre definițiile farmacologice ale anxietății, stresului și depresiei și manifestările lor: astfel, unele echipe au arătat că derivații de betacarboline, antagoniști ai benzodiazepinelor, pot să inducă stări de *disperare învățată* (engl. *learned helplessness*), caracteristice în situații de „depresie" la animal.

NOILE ANXIOLITICE: ROLUL SEROTONINEI. În anxietate intervin și alți neuromediatori decât GABA. Sistemul noradrenergic (NA), larg distribuit în organism, exercită un control asupra unor comportamente ca vigilitatea și adaptarea la stres. Stimularea *locus coeruleus* la maimuță induce fenomene anxioase, la fel ca și stimularea sistemului NA la om. Cu toate acestea, distrugerea chirurgicală sau farmacologică a sistemului NA nu pare să aibă efect anxiolitic în testele animale de conflict, spre deosebire de benzodiazepine.

În anxietate apare însă din ce în ce mai important mai ales rolul sistemului serotoninergic (5HT). O hiperactivitate a 5HT însoțește unele tipuri de anxietate. S-au descris mai multe tipuri de receptori serotoninergici implicați în anxietate. Agoniști parțiali ai siturilor receptoare 5HT 1A (buspironă, gepironă, isapironă) diminuează fluctuația serotoninei. Se știe, pe de altă parte, că leziunile sistemului 5HT fac ca buspirona să-și piardă proprietățile anxiolitice în testele de conflict. În sfârșit, clinica a confirmat proprietățile anxiolitice ale liganților 5HT 1A.

Receptorii 5HT 2 sunt actualmente cel mai bine caracterizați, autonomia celorlalte situri receptoare nefiind suficient stabilită, după părerea unor autori. Un antagonist 5HT2, ritanserina, și-a dovedit eficacitatea anxiolitică în studii asupra animalelor și în clinică. Efectul anxiolitic la om ar fi calitativ diferit de acela al benzodiazepinelor, ceea ce evocă existența unor mecanisme originale, trecând probabil printr-o modificare a ciclului somnului. Agoniștii 5HT 1B și antagoniștii 5HT 3 ar poseda și ei proprietăți anxiolitice.

Modelele animale au fost până în prezent construite pornindu-se de la proprietăți ale benzodiazepinelor, așa cum triciclicele au fixat modelele de predictivitate ale unui efect antidepresor. Se riscă astfel să se respingă molecule eficace, dar prea diferite de compușii cunoscuți. Dacă trebuie să se recurgă la noi modele animale ale anxietății, trebuie de asemenea să se țină seama de remanierea actuală a conceptului de

anxietate. DSM-III R subliniază autonomia tulburărilor panice, în mod paradoxal sensibile la antidepresori stimulenți, *a priori* anxiogeni. Noile anxiolitice, în special antagoniștii 5HT2, ar putea în anii ce vin să ne oblige să punem sub semnul întrebării concepțiile clasice despre anxietate.

EFECTE COGNITIVE ALE ANXIOLITICELOR. Dintre efectele indezirabile ale anxioliticelor tradiționale, tulburările cognitive sunt în general infraclinice, dar pot fi observate la doze terapeutice. Pentru a le aprecia, s-a recurs la studierea la om a situațiilor din viața curentă, cum ar fi conducerea automobilului. Se poate, de asemenea, studia efectul anxioliticelor asupra rezultatelor la Critical Flicker Fusion Test (CFF), care exprimă nivelul global de vigilitate și de reactivitate senzoriomotorie. Subiectul trebuie să determine, într-o situație de test standardizată, pragul de frecvență la care puncte luminoase care clipesc cu o frecvență variabilă sunt percepute ca clipind (frecvență joasă) sau fiind fixe (frecvență ridicată). Benzodiazepinele, de exemplu, fac să coboare pragul Critical Flicker Fusion.

INDUCȚIE EXPERIMENTALĂ A UNOR ACCESE DE PANICĂ. Accesele de panică (*panic attacks*)* pot fi provocate prin diverse metode experimentale. Pacienții care suferă de accese de panică nu fac în general crize în situație de hiperventilație cu alcaloză respiratorie, contrar opiniei curente. Inhalarea de aer care conține CO_2, în schimb, induce accese de panică, la fel ca și perfuziile de lactat de sodiu. Lactatul de sodiu rămâne fără efect la subiectul sănătos. Compușii eficaci în tratamentul acceselor de panică s-au dovedit de asemenea eficaci în acel model experimental propus de numeroase echipe de cercetători nord-americani. La Montréal, J. Bradwejn a provocat accese de panică injectând unor voluntari colecistochinină. Subiecții au acceptat în general să fie filmați și s-au arătat cooperanți într-o cercetare consacrată unei patologii relativ frecvente (0,4% din populație, Weissman, 1978) și deosebit de invalidante.

Bibl.: Britton, K.T., „The Neurobiology of Anxiety", in *Psychiatry*, R. Michels et alii (eds.), Lippincott, Philadelphia, 1988; Gardner, C.R., *Potential Use of Drugs Modulating 5HT Activity in the Treatment of Anxiety*, Gen. Pharmac, 10, 347–356.

APARTAMENT TERAPEUTIC (engl. *therapeutic apartament*). **Mică „unitate de îngrijire, în scop de reinserție socială, pusă la dispoziția câtorva pacienți pe durate de timp limitate și necesitând o prezență importantă, dacă nu continuă, a personalului sanitar".**

Decizia ministerială din 14 martie 1986, „referitoare la echipamente și servicii de luptă contra maladiilor mentale", precizează în felul acesta definiția unui apartament terapeutic, care este deci o „structură intermediară" pusă la dispoziția bolnavului mintal între ieșirea sa din spital și reinserția totală în societate.

Este o alternativă la spitalizarea prelungită, făcând în general parte dintr-un sector psihiatric și asigurând atât găzduirea cât și continuarea terapiei.

APARTOGRAMĂ (fr. *appartogramme*). **Plan de locuință familială, așa cum îl desenează un membru, bolnav sau nu, al familiei.**

Atribuirea și utilizarea spațiului la nivel de teritoriu familial sunt întotdeauna pline de învățăminte în ceea ce privește funcționarea grupului.

APĂRARE (engl. *defence*). **Act prin care un subiect confruntat cu o reprezentare insuportabilă o refulează, din cauză că îi lipsesc mijloacele de a o lega, printr-un travaliu al gândirii, de celelalte idei.**

S. Freud a degajat mecanisme de apărare tipice pentru fiecare afecțiune psihogenă: conversiunea somatică în isterie; izolarea, anularea retroactivă, formațiunile reacționale în cazul nevrozei obsesionale; transpoziția afectului în cazul fobiei; proiecția în cazul paranoiei. Refularea are un statut special în opera lui Freud, deoarece, pe de o parte, ea instituie inconștientul, iar, pe de altă parte, este mecanismul de apărare prin excelență, potrivit căruia se modelează celelalte. La aceste destine impulsionale considerate defensive se adaugă întoarcerea contra propriei persoane, ranversarea în contrariu și sublimarea. În ansamblul lor, mecanismele de apărare intră în joc spre a evita agresiunile interne ale impulsiilor sexuale a căror satisfacere se dovedește conflictuală pentru subiect și spre a neutraliza angoasa care derivă de aici. Agentul acestor operații defensive este Eul.

APRAGMATISM (engl. *apragmatism*). **Incapacitate de origine pur psihică de a menține o activitate și un comportament bine adaptate la trebuințele și condițiile de viață.**

Această tulburare gravă a activității voluntare conduce adesea un schizofrenic apragmatic la o dezinserție socială și profesională progresivă care poate merge până la internarea definitivă în mediul spitalicesc sau până la vagabondaj. Avem în acest caz de-a face cu o „abulie de execuție" (P. Guiraud) provocată de îndoiala perpetuă a obsesionalului incapabil de a alege între două tipuri de acțiune, între două atitudini contradictorii, între două obiecte diferite.

În ambele cazuri este vorba de o tulburare gravă a contactului cu realitatea, asociată frecvent cu sentimente de depersonalizare și stări de derealizare. → DEREAL (Ă).

APRAXIE (engl. *apraxia*). **Tulburare a activității gestuale care apare la un subiect ale cărui organe de execuție sunt intacte (neexistând paralizie motorie și nici de coordonare) și care posedă deplina cunoștință a actului de îndeplinit (fără deficit intelectual).**

Este deci o incapacitate de a executa acte voluntare adaptate, devenite mai mult sau mai puțin automate în urma executării lor repetate. Datorită unor lexiuni cerebrale multiple, apraxia poate avea mai multe aspecte clinice.

Distingem o formă melocinetică, o dezorganizare a mișcărilor destul de înrudită cu tulburările motorii elementare, o formă dinamică, care se manifestă prin perseverări și imposibilitatea de a-și supune acțiunea unui plan, o formă ideomotorie, în general bilaterală (*apraxie ideomotorie*), care se manifestă în gesturi fără utilizare de obiect (salutul militar, de exemplu), care interzice gesturile complexe ce necesită o înlănțuire armonioasă (pe când gesturile elementare rămân posibile) și o formă constructivă (*apraxia motorie* sau *apraxia optică Kleist*), în care tulburarea se referă la realizarea de forme concretizate în spațiu (imposibilitatea de a desena o figură, un plan, de a reuși o măruntă construcție).

Se descriu, de asemenea, o *apraxie a îmbrăcatului*, în care sunt alterate gesturile

de îmbrăcare și dezbrăcare, și o *apraxie buco-linguo-facială*, care se referă la gestualitatea orală și facială. După caz (natura leziunii cerebrale), apraxiile sunt uni- sau bilaterale.

În raport cu alte domenii ale neuropsihologiei, domeniul apraxiilor a evoluat relativ puțin în ultimii ani. Interpretările actuale oscilează între două curente principale: unul care pune accentul pe deficite cu privire la aspectele de reprezentare a gesturilor de îndeplinit (de exemplu, cunoștințe referitoare la utilizarea obiectelor și implicate în sarcinile nonmotorii), și altul care pune accentul pe tulburările care intervin în controlul motor propriu-zis (planificarea și programarea acțiunilor).

APROSEXIE (engl. *aprosexia*). **Imposibilitate de susținere a atenției, care survine fie atunci când vigilitatea suferă din cauza oboselii sau a unei afecțiuni organice, fie în cazurile de confuzie mentală, stările crepusculare și anumite faze procesuale ale unei psihoze, fie în isterie, psihastenie și în cursul acceselor de anxietate paroxistice.**

APSIHOGNOZIE (engl. *apsychognosy*). **Stare psihopatologică instalată lent la unii pacienți care prezintă forma clinică alcoolică, din cauza unei etilemii permanente patologice care evoluează de mai mulți ani.**

Apsihognozia este caracterizată: prin inconștiența stării morbide, printr-o scădere a vigilității, cu pierderea capacității de a se vedea, de a se judeca, de a se aprecia în raport cu ceilalți și cu sine; prin absența rolului de ghid jucat de instanțele instinctivo-afective cele mai arhaice, de unde perturbări caracteriale și relaționale; prin menținerea aparențelor în rutina profesională cotidiană; în sfârșit, prin posibil reversibilitate, chiar și după mai mulți a dacă are loc sevrajul.

Această stare infraclinică poate rămâ necunoscută ani în șir sau poate fa obiectul unei descoperiri întâmplătoare, exemplu cu prilejul unui control inopin pe stradă sau în urma unui accident muncă. Apsihognozia se situează între s rea de beție și anumite encefalopa ireductibile.

ARIERAT PROFUND (fr. *arrieré p fond*). **Subiect care prezintă o deficie mentală severă.** → ARIERAȚIE MENTA DEFICIENȚĂ MENTALĂ.

ARIERAȚIE MENTALĂ (engl. *men retardation, backwardness, mental defi ency*). **Carență de inteligență congenit sau dobândită precoce, care se caracte zează printr-o funcționare intelectu globală în mod semnificativ inferioa mediei generale a populației, asociată deficiențe ale conduitelor adaptative c determină o incompetență socială s incapacitate de a se adapta corect la e gențele mediului.**

Există în această definiție două dim siuni ale arierației: aceea a întârzierii d voltării intelectuale și aceea a insuficien comportamentului adaptativ.

Prima corespunde clasificării tradiț nale, care se întemeiază pe măsura coeficientului de inteligență (Q.I. al W. Stern), datorită scării metrice a inte genței creată în 1905 de A. Binet T. Simon, perfecționată de L. Terman 1937 și modificată în scările utilizate prezent, cum sunt aceea a lui Brunet-Léz sau aceea alui Wechsler, adaptată la co (WISC). În acest caz distingem:

– arierați profunzi, al căror Q.I. rămâne inferior punctajului 0,30; sunt „idioții" descriși de J. Esquirol, care nu au nici limbaj, nici control sfincterian suficient, nici autonomie psihomotorie; reduși la o viață vegetativă, ei sunt total dependenți de mediu, iar uneori zac la pat;

– debilii profunzi, al căror Q.I. se situează între 0,30 și 0,50; sunt clasicii „imbecili" sau „cretini", care nu dispun decât de un limbaj rudimentar și nu sunt decât parțial educabili;

– debilii mijlocii, al căror Q.I. se situează între 0,50 și 0,70; susceptibili de o anumită autonomie și semieducabili, ei prezintă adesea mari tulburări ale competenței sociale și o mare instabilitate caracterială;

– debilii educabili, al căror Q.I. se situează între 0,75 și 0,85; ei sunt instruibili în cadrul unei societăți specializate și pot dobândi o autonomie socială (sunt capabili să învețe o meserie simplă și să o exercite corect, dacă exigențele mediului nu sunt prea ridicate).

Se înțelege că această din urmă categorie a prilejuit criticarea noțiunii de arierație, a cărei limită superioară pare legată mai ales de criterii sociale, o societate cu norme școlare mai ridicate riscând să secrete mai mulți „debili" decât alta. Este cert că legea lui J. Ferry, care face școala obligatorie pentru toți, a determinat apariția unei populații de „școlari inadaptați" care până atunci se adapta foarte bine la un mediu profesional analfabet.

Iată de ce o clasificare a arierațiilor mentale cu ajutorul coeficientului de inteligență este în același timp arbitrară, inexactă și insuficientă. „Numai un studiu clinic atent, bazat pe largi referințe teoretice, poate, în fiecare caz în parte, să definească jocul complex al condițiilor și factorilor în cauză" (R. Misès, R. Perron și R. Salbreux). Cauzele sunt realmente multiple. Unele sunt organice (enzimopatii ereditare, ca fenilcetonuria detectată prin testul lui Guthrie, encefalopatii endocrine, facomatoze, trisomia 21, embriofetopatii multiple și accidente perinatale); altele sunt mai ales psihogenetice, destul de apropiate în dezvoltarea lor de evoluțiile psihotice sau dizarmonice ale copilăriei.

Cel mai adesea factorii etiologici sunt amestecați și nu rareori asistăm la „debilizarea secundară" de către mediu a anumitor deficiențe inițial limitate. În prezent, o mai bună cunoaștere genetică și neurobiologică permite să fie mai bine înțelese unele forme organice și, deci, prevenirea lor și tratarea mai eficientă. Teoria psihanalitică a putut, pe un alt plan, să dea o mai bună clarificare în ceea ce privește psihogeneza și să orienteze astfel abordările psihoterapeutice și educative ale arierației. În sfârșit, o analiză critică a mediului familial și instituțional în care trăiește copilul arierat (M. Mannoni) a putut adesea evita această debilizare secundară care se dovedește nefastă pentru viitorul său.

DIFER. A. Binet a propus între 1905 și 1911 o metodă care permite stabilirea unui diagnostic al nivelului intelectual în termeni de vârstă mentală: fiecare vârstă mentală este definită în principiu prin performanța medie a copiilor normali care au aceeași vârstă cronologică. Putem deci evalua printr-un număr de „ani" întârzierea prezentată de un copil arierat. Ulterior această întârziere a fost exprimată în termeni de coeficient de inteligență (Q.I.), variabilă mai întâi definită de coeficientul, exprimat în centime, al divizării vârstei mentale prin vârsta cronologică, deci în mod constant egală cu 100, în principiu, la un subiect normal.

Pentru a se descrie gradele de arierație au fost definite în mod convențional

categorii. Aceste convenții variază de la o țară la alta și adesea de la un autor la altul. Este de subliniat că termenul „arierație", care se aplică în sens larg tuturor întârzierilor în dezvoltare, se poate substitui, într-un sens larg, aceluia de „debilitate", pentru a desemna întârzierile cele mai importante. Terman, autorul unei scări a nivelului mental inspirată de aceea a lui Binet și care a fost larg utilizată, a propus clasificarea următoare, care este un exemplu de terminologie americană: *dullness* (Q.I. între 80 și 90); *feeblemindlessness* (70–80); *moron* (50–70); *imbecile* (20–50); *idiot* (sub 20). Organizația Mondială a Sănătății a recomandat în 1968 o altă clasificare: *arierație ușoară* (52–67), *moderată* (36–51), *severă* (20–35), *profundă* (mai puțin de 20). Apariția unui alt mod de definire a Q.I., propus de D. Wechsler, accentuează această confuzie, care ilustrează din plin caracterul pur convențional al segmentărilor stabilite pe o variabilă, adăugând nivelul intelectual, care este de fapt continuu.

Bibl.: Mannoni, M., *L'enfant arrieré et sa mère*, Éditions du Seuil, Paris, 1964; Misès, R., *L'enfant déficient mental. Approche dynamique*, P.U.F., Paris, 1975; Misès, R., Perron, R., Salbreux, R., „Arriération et débilité mentale", in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 32270A,10, 1980.

ARITMOMANIE (engl. *arithmomania*). **Tendință compulsivă de a număra obiectele, care apare cel mai adesea într-un context fobo-obsesional, ca un mijloc de luptă contra anxietății.**

Subiectul nu se poate împiedica să facă mereu calcule, asupra a tot ceea ce îl înconjoară.

ARTTERAPIE (engl. *art-therapy*). **Orice întreprindere cu scop terapeutic care utilizează mediația unei conduite, precum și obiectul său, și se referă în mod explicit la categorii ale artei.**

Artterapia este uneori considerată ca o metodă terapeutică originală și suficientă prin ea însăși pentru rezolvarea anumitor dificultăți psihologice. Cel mai adesea este situată în cadrul metodelor de ajutor psihoterapeutice. În general ea privește utilizarea în scopuri terapeutice a tehnicilor din artele plastice: pictură, desen, modelaj, sculptură, dar înglobează uneori terapiile muzicale, acelea care utilizează dansul, mimica sau teatrul.

ISTORIC ȘI SITUAREA PROBLEMEI. Conceptul de artterapie s-a născut, în forma sa actuală, din observația clinică, bazându-se pe constatarea expresiei spontane a bolnavilor azilari, care evocă conduite zise „normale", de obicei considerate ca prezentând o viziune de ordin artistic.

Dacă terapeuticile vechi ale bolilor mentale nu se fereau să includă utilizarea artei, era vorba de un recurs „pasiv" la stimulări artistice, despre care se considera că reintroduc în spiritul bolnavului armonia care îi lipsea, ba chiar că îi temperează pasiunile. Această practică se prelungește azi în terapiile (mai ales muzicale) zise „receptive", în care subiectul este supus frecventării unui produs artistic, în opoziție cu terapiile „active" sau „creative", în care este invitat să-l realizeze.

Exemplul „curei" melancoliei regelui Saul cu lira lui David pare în acest caz să confirme prescripțiile antice și să servească în această privință de model. În secolul al XIX-lea, dezvoltarea clinicii psihiatrice și avântul terapeuticilor au determinat o mare relativizare a recursului la artă, fără ca totuși aceasta să fie cu adevărat abandonată. Au fost efectuate experiențe de

inspirație științifică în scopul explorării validității terapeutice a tehnicilor care decurg de aici. Ele au redus utilizarea lor la rangul de terapie auxiliară, al cărui scop din ce în ce mai explicit era plasarea pacientului în condiții externe în care să intervină arta, spre a-i deturna atenția de la preocupările morbide și a-l face să exploreze alte câmpuri de percepție și de ideație.

În paralel, atenția clinicienilor s-a orientat asupra expresiei spontane a alienaților. Realizările plastice ale acestora au fost integrate în descrierile simptomelor lor. S-a asistat, în același timp, la o reînnoire a tentativelor psihopatologiei de a anexa psihologia creației artistice.

Constatarea creației spontane a bolnavilor și efectul comportamental al acesteia a fost sursa unei prime organizări conceptuale, ca origine a terapiei ocupaționale. Observația este simplă: în mod cert, bolnavii o duc mai bine de îndată ce li se dă o ocupație, dar o duc mai bine și în cazul în care sunt lăsați să se ocupe de la sine de ceva care, totuși, este în strânsă corelație cu boala lor, ba chiar îi dezvăluie noi aspecte. Pare deci logică încurajarea acestui gen de activități, ba chiar utilizarea lor ca monedă de schimb în tentativele de socializare. Se trece în acest caz de la ideea de distracție la aceea de expresie. Expresia plastică din spontană devine autorizată, apoi favorizată, iar lucrările sunt deturnate de la funcția lor inițială demonstrativă către domeniul estetic, de care astfel se demonstrează că alienatul nu este străin.

În mod paralel, psihanaliza se ocupă de diferitele modalități de expresie ale pacientului și nu în mod exclusiv de manifestările sale verbale. Ea intervine nu numai în ceea ce privește conținutul manifestărilor artistice, ci și în ceea ce privește procesul creator ca atare. Era necesar ca însuși conceptul de artă să-și depășească limitele tradiționale și ca artiștii să-și găsească o înrudire cu „primitivii, copiii, nebunii și prizonierii pentru a se observa că ceea ce este o expresie spontană a bolnavilor putea fi tot atât de bine un fel al lor de a se îngriji, ba chiar de a se vindeca". Devenea clar că realizările plastice le permiteau să exprime ceea ce îi preocupa, ocolind limitele impuse manifestărilor lor verbale atât de propria lor reticență cât și de inefabilul experienței lor morbide. În felul acesta, observația clinică s-a prelungit într-un travaliu dinamic asupra dimensiunilor gestuale și comunicative ale creației și asupra reacțiilor bilaterale pe care ea le generează. S-a putut deci integra expresia spontană într-un joc relațional în care este suficient ca celălalt să se situeze pe poziția terapeutului, marcată de o anumită dorință de a se îngriji, pentru ca să se degaje de la sine noțiunea de terapie.

ARTTERAPIE: SCOPURI ȘI MIJLOACE. Artterapia presupune ca primă exigență tehnică realizarea sau aducerea în ședință a unui obiect de natură artistică elaborat, creat de pacient și „arătat" terapeutului sau animatorului. Ea integrează deci un gest și un obiect concret, produs al acelui act care capătă sens atât prin el însuși cât și prin procesul care l-a generat. Modurile de a lua în considerare locul și polaritatea gestului și obiectului sunt de aceea extraordinar de variabile.

Starea actuală a artterapiei maschează diversitatea originilor sale conceptuale și a apartenențelor ideologice și profesionale ale celor care o gerează, în pofida referirii generale la creativitatea liberă. Ar fi destul de greu să se găsească o teorie generală a artterapiei, iar teoriile propuse se situează cel mai adesea, tocmai pentru că au în

vedere o expresie nonverbală, fie în prelungirea teoriilor psihanalitice, fie în opoziție cu acestea, care capătă valoare de garanție (lucrările lui D.W. Winnicott sunt în această privință o referință cvasiconstantă). Faptul ține și de diversitatea practicilor: dacă artterapia are reputația de a privi mai ales referirea la artele plastice, muzică, dans, teatru, masca și marionetele prilejuiesc și ele meditații care se vor, toate, mai mult sau mai puțin specifice. Examinându-le, însă, nu putem izola în artterapiile propuse ceva care să aducă cu o conceptualizare discriminativă a prescripțiilor. De fapt acestea par să reiasă mai degrabă din tonalitățile emoționale presupuse a fi favorizate de cutare sau cutare mijloc de expresie și nu de vreo referire la o clinică sau la o psihopatologie.

Se degajă totuși unii poli de interes, iar artterapia poate fi investită pe mai multe axe, uneori destul de îndepărtate de ceea ce s-ar înțelege în mod clasic prin terapie. Astfel se propune, în speranța unor beneficii, o activitate, o expresie diferită, o posibilă mutație, chiar o plăcere, înțelegându-se că, dacă expresia nonverbală este *a priori* locul de punere în formă a deneconceputului, ba chiar a inefabilului, nu există în mod obligatoriu un efect terapeutic în sensul unei schimbări. De fapt, beneficiile scontate ale unei artterapii se situează la diferitele niveluri ale unei evoluții care pornește de la activități ocupaționale și ergoterapeutice, trece prin contactul cu o materie docilă sau, dimpotrivă, rezistentă în mod semnificativ, prin învățarea de tehnici susceptibile să genereze o producție în același timp personală și admisibilă pentru ceilalți, apărută dintr-un veritabil dialog cu sine însuși, sfârșind în verbalizarea de impresii noi. Expresia este în acest caz legată de un conținut a cărui valoare capătă un sens mai mult sau mai puțin simbolic și care se revelează în conștientizarea de legi noi, neieșite din contextul sociocultural sau din vechi ucenicii, ci din rezistențele proprii suportului utilizat. Punctul ultim este în acest caz punerea în formă a unui conținut expresiv, într-un proiect de comunicare de sine, prin prisma unui codaj care îl implică pe celălalt, dar care nu decurge direct din autoritatea proprie aceluia.

Lărgirea posibilităților de expresie dincolo de limbajul verbal nu poate exclude o ultimă întoarcere la acesta, considerat în acest caz ca țelul final (*le fin du fin*) al oricărui proiect terapeutic autentic. În această privință, artteropia se apropie de conceptul de *analiză tranzițională* elaborat de D. Anzieu, adică al unei practici necesare și tranzitorii, destinată să plaseze pacientul într-o situație psihanalitică, dar respectând, ba chiar satisfăcând trebuințele interne care încă îi mai interzic accesul la ele.

La origine și paralel cu geneza însăși a psihanalizei, expresia putea fi prezentată ca având o funcție cathartică, prin degajarea în act a unui preaplin emoțional. Prezentificarea realității interioare, favorizată de expresia spontană, va deveni în mod secundar scopul său terapeutic. Se impune în acest caz să considerăm că expresia nu este o traducere a acestei realități interioare, o transmisie directă a latentului în manifestul operei, ci o reprezentare a acestuia. Artterapia își propune în acest caz să pună subiectul în contact cu senzații primitive, scurtcircuitând rațiunea raționalizantă considerată a se pune în serviciul rezistențelor interne. Teoriile artterapiei se sprijină, așadar, pe acelea ale diverselor terapii cu mediere corporală.

Dincolo de aceste finalități primare, expresia „pivot al conceptului de artterapie" nu mai este totuși reperată ca un simplu fenomen de exteriorizare a lucrurilor ascunse, disimulate sau reținute, în mod voluntar sau nu. A exprima este și a arăta, a arăta cuiva, ceea ce introduce problema transferului și duce la diverse luări de poziție asupra conduitei obligatorii a terapeutului în funcție de starea sa, de formația și de țelurile sale. Aceste considerații reprezintă retroactiv justificări cu privire la pertinența cutărei sau cutărei formații (artterapeutul trebuie sau nu să fie un artist?).

Se cuvine notat că recursul la ideea de frumos, introducerea în estetică, este în acest caz sistematic îndepărtată: beneficiul așteptat nu este realizarea unui obiect care să placă, ci a unui obiect semnificant pentru subiect în raport cu el însuși și cu dinamica sa internă. Accentul este astfel deplasat de la categoriile plăcerii la acelea ale cunoașterii de sine, estetica fiind considerată ca dezvoltându-se în câmpul transferențial și nemanifestându-se aici decât la un stadiu preliminar.

Când artterapia se apropie de psihoterapiile clasice, se pune problema analizei obiectului creat. Tehnicile diverg între acelea care propun o analiză a conținutului expresiei, acelea care nu au în vedere decât o analiză a formei și acelea care se bazează pe asociațiile verbale facilitate de obiectul creat. Opera este în acest caz considerată produs, dacă ea determină la creator, ca și la spectator, un efect de surpriză susceptibil să ducă la o dezvoltare a gândirii reflexive.

Capacitatea operei de a crea surpriză poate fi privită ca un fel de consecință terapeutică, în măsura în care implică un codaj a ceea ce mai înainte nu era ascuns decât de propria evidență, codajul având în acest caz funcția de punere în perspectivă, de degajare a efectului traumatic, în sensul siderației gândirii, al expresiei brute. Aceasta înseamnă a situa artterapia într-un proiect care ar merge de la afirmarea de sine, de la o stabilire a identității proprii subiectului la crearea unei legături de semnificație fondatoare a unei comunicări interactive: legătură intersistemică reprezentată de lărgirea spațiului intern de dialog cu sine însuși.

CREAȚIE. Extrema diversitate a teoriilor sau, mai exact, a referințelor teoretice ale artterapiei ilustrează destul de bine unul din caracterele sale fundamentale: creativitatea bilaterală. Dacă pacientul este pus într-o situație în care se socoate că el se dezvăluie într-o dinamică creatoare personală, găsind în aceasta o restaurare narcisică, lucrul acesta se face în prezența unui artterapeut, a unui „animator" susceptibil să se plaseze în condițiile personale obișnuite ale unei terapii, dar fiind în același timp purtător al unei experiențe tehnice a artei și al unei experiențe personale de creație. Această din urmă caracteristică îi permite să creeze o relație identificatoare cu pacientul, așa încât acesta să poată trăi în mod creator și dinamic travaliul psihic intens dezvoltat cu prilejul realizării artistice și căruia opera îi devine oglindă. Opera este astfel chemată în același timp să fie martorul unei dinamici psihice și să liniștească subiectul asupra stabilității unei identități totuși zdruncinate de acest travaliu, dar pe care o semnează și desemnează în mod permanent. În această calitate, este clar că artterapia nu-și poate pune drept scop o căutare oarecare a mântuirii prin artă. Opera realizată în terapie nu trebuie să fie, la urma urmei, decât o realizare de sine. Opera realizată este ceva prin care pacientul se realizează el însuși. Riscul unei asemenea întreprinderi (risc la care de altfel chiar și artiștii se expun în permanență)

este ca opera să nu mențină subiectul într-o stare de infirmitate creatoare, realizarea operei de artă întrecând prin ea însăși interesul terapeutic al demersului. Tocmai de aceea artterapia poartă un nume care riscă să inducă în eroare, căci obiectul său este *procesul creator* și nu *obiectul creat*.

SPAȚII TEHNICE. În pofida actualei dezvoltări de ateliere „în oraș", artterapia rămâne profund marcată de originile sale azilare și, în Franța, cel puțin comunicările care se fac pe această temă emană de la serviciile de spitalizare a adulților, dar și de la cele infanto-juvenile. Tehnicile propuse depind cel mai adesea de categoriile profesionale cărora le aparțin artterapeuții: acestea includ tot atâta formație artistică pe câtă formație psihologică sau psihiatrică. Accentul poate fi pus în acest caz fie pe tehnica proprie, fie pe obiectul realizat, fie pe relație și devenirea acesteia. Aspectul pedagogic poate fi luat fie cu titlu de inițiere într-o tehnică despre care se crede că eliberează subiectul de piedicile formei prin ucenicie, fie cu titlul unei identificări fondatoare cu dorința terapeutului.

Pe plan tehnic, artterapia se definește printr-un containing și un conținut: containingul este atelierul, iar conținutul cei care se găsesc în el. Atelierul se definește el însuși prin ceea ce îl include (sau, pentru unii, îl exclude): spitalul sau societatea; în acest sens, atelierul se poate defini ca un loc „nonmedical" în spital, un loc de taină în afara referințelor la nebunie sau, *a contrario*, ca un loc de tagădă a bolii. Caracteristicile sale, închidere sau deschidere, libertate sau organizare a accesului sunt considerate ca având deja prin ele însele funcții de îngrijire. Ritmul ședințelor, organizarea lor au, în aceeași măsură ca și spațiul amenajat, delimitat, o funcți restructurantă prin reprezentarea pe care oferă despre opoziția înăuntru–în afară.

Ședințele de artterapie se fac în cadru fie al unei atmosfere de grup, fie al une relații individuale. Gestiunea ședințelo este deci esențialmente diferită într-un ca și în celălalt. În primul caz, intervențiil vizează interacțiunile în interiorul grupului influențele reciproce și comunicarea de emoții pentru care operele se constituie ca suporturi. În cazul ședințelor individuale de artterapie, totul depinde de trebuințele pacientului, iar intervențiile artterapeutului pot să meargă de la un anumit grad de pedagogie, în sensul unei ucenicii a condițiilor minimale de exercițiu tehnic, la o inducție în realizarea de opere, în așa fel încât acestea să poată purta stilul personal al autorului lor și să-i transmită o imagine a unor aspecte ale funcționării sale în jocul dialectic a ceea ce se arată și ceea de se ascunde.

Dimensiunea mai pur psihoterapeutică a artterapiei este mai dificil de izolat. Travaliul rămâne fixat pe verbalizare, ceea ce înseamnă că nu presupune intervenții directe asupra conținutului pictural. Travaliul are în vedere asociațiile suscitate de operă la creatorul său și presupune că nu-l reduc. Prezența operei în fața privirilor cuplului terapeut–pacient completează limbajul verbal și constituie o reasigurare contra unei pierderi a inefabilului ca parte constitutivă a limbajului.

La urma urmei, artterapia, care cuprinde un ansamblu destul de eterogen de practici, este un cadru destul de suplu pentru a permite folosiri adaptate la fiecare caz. Ea pare să ofere în prezent un complement la alte practici terapeutice considerate reducătoare în relațiile lor cu primatul acordat expresiei verbale.

Bibl.: Broustra. J., *Expression et psychose*, E.S.F., Paris, 1987; Chemama, B., Roussel, M.-H., „Dynamique du travail en art-thérapie", în *Expression et signes, psychologie médicale*, 14, 8, 1982, pp. 1249–1254; Wiart. Cl., „L'art-thérapie sur la sellette", in *Expression et signes*, 4, 1974, pp. 193–212.

ASERTIVITATE (engl. *assertiveness*). **Caracteristică a unei persoane care își exprimă cu ușurință punctul de vedere și interesele, fără anxietate, fără a le nega pe ale celorlalți.**

Tehnicile de antrenament în sensul asertivității, uneori numită destul de impropriu *afirmare de sine*, își propune să ajute un subiect, care se plânge de inhibiție pe planul social sau de dificultăți de comunicare, să-și exprime și să-și susțină mai bine punctul său de vedere. Se pune problema diminuării anxietății sale sociale, fie învățându-l să-și învingă dificultățile pe care el le impută uneori timidității sale, fie, dimpotrivă, incitându-l să-și modereze agresivitatea și să modifice componentele (gestuale, mimice, vocale) comportamentului său, în așa fel încât să le integreze mai bine în normele anturajului său și să obțină o mai bună cooperare cu acesta.

Aceste tehnici se practică fie în ședințe individuale, cu un terapeut comportamental, fie în grupuri de trei sau cinci persoane. Terapeutul, după o analiză adesea colectivă a comportamentelor pe care fiecare subiect dorește să le vadă modificate, propune jocuri de rol comportamentale vizând situațiile întâlnite de participanții la grup. Uneori joacă el însuși rolul modelului sau suflă un răspuns adaptat la situație.

În felul acesta se poate dobândi o anumită „competență socială" sau mai multă îndemânare în modul de a-și apăra drepturile, de a-și expune opinia și, de asemenea, de a nu le leza pe ale altora.

Aceste tehnici asertive, care fac în permanență apel la factori cognitivi, sunt foarte frecvent utilizate în terapia comportamentală atunci când anxietatea generată de situații sociale rămâne în registrul nevrozelor. Ele au fost totuși de asemenea propuse, atribuindu-li-se scopuri comportamentale limitate — de exemplu, inserția într-un mediu profesional — unor bolnavi mintali mai grav handicapați, problema fiind de a se obține ca progresele realizate în ședințele de antrenament pentru asertivitate să se generalizeze la circumstanțele vieții curente.

ASFA *(acidul 4 sulfonamido-fenoxiacetic).* **Substanță nootropă sintetizată în 1958 de Botez și testată de psihiatrul P. Brânzei*, care a reținut în primul rând acțiunea supresivă a stării de adicție*.**

ASFA are un efect salutar în alcoolism și drogodependență, în epilepsie asociată cu tulburări psihice importante și în unele crize algice.

ASISTENȚĂ EDUCATIVĂ (engl. *educative help*). **Măsuri impuse de judecătorul de copii atunci când sănătatea, securitatea sau condițiile de educație ale unui minor neemancipat nu sunt asigurate, așa încât el este în pericol.**

Sunt considerați în pericol copilul bolnav fizic și/sau mintal căruia părinții refuză să-i asigure îngrijirea, copilul victimă a unor maltratări, copilul fugar, copilul victimă a unui conflict grav cu părinții etc. Pentru fiecare caz de care este sesizat, judecătorul de copii (*le juge des enfants*) audiază tatăl și mama, pe tutore și pe ocrotitorul copilului. Îl audiază de asemenea pe copil, în afară de cazul în care starea fizică și mentală sau vârsta prea mică nu o permit. El poate ordona orice măsură de informare și mai ales să procedeze la studierea

personalității celui în cauză, în special printr-o anchetă socială, prin examene medicale, psihiatrice sau psihologice, prin observarea comportamentului și un examen de orientare profesională. După o audiere nepublică, judecătorul ia deciziile care se impun.

Ori de câte ori este posibil, minorul trebuie menținut în mediul său actual. În acest caz, magistratul desemnează fie o persoană calificată, fie un serviciu de observație, de educație sau de reeducare în mediu deschis cu misiunea de a da ajutor și sfaturi familiei în scopul surmontării dificultăților materiale sau morale cu care se confruntă. Acea persoană sau acel serviciu are însărcinarea să urmărească dezvoltarea copilului și să raporteze periodic. Judecătorul poate de asemenea subordona menținerea copilului în mediul său unor obligații bine precizate, cum ar fi frecventarea regulată a unui stabiliment sanitar sau de educație sau exercitarea unei activități profesionale. Dacă este necesară retragerea copilului din mediul său actual, judecătorul poate decide să-l încredințeze unuia dintre părinți, unui membru al familiei, unui serviciu sau unui stabiliment (sanitar sau de educație, obișnuit sau specializat), serviciului departamental de ajutorare a copiilor.

Deciziile judecătorului pot în orice moment să fie abrogate sau modificate; ele sunt de asemenea susceptibile de a face obiectul unui apel.

ASOMATOGNOZIE (engl. *asomatognosia*). **Formă de agnozie caracterizată printr-o afecțiune a schemei corporale care constă dintr-o nerecunoaștere mai mult sau mai puțin completă a corpului.**

Poate fi vorba de o hemiasomatognozie, legată de leziuni ale emisferei cerebrale minore și care se însoțește de refuzul de a admite hemiplegia masivă (sindro Babinski).

ASTAZIE-ABAZIE (engl. *astasia abasia*). **Dificultate de a se ține pe picio re (astazie) și de a merge (abazie), fără a exista tulburări motorii sau senzitiv care să o justifice.**

Astazia–abazia poate fi legată de leziun ale labirintului, cerebelului sau ale nucle ilor cenușii centrali care asigură controlu echilibrului. Apare, de asemenea, fără sub strat anatomic, în isterie, ca un simptom d conversiune destul de frecvent.

ASTEREOGNOZIE (engl. *astereo gnosis*). **Formă de agnozie caracterizată prin incapacitatea de a recunoaște obiec tele cu ajutorul pipăitului și manipulării în general consecutivă unor leziuni al lobului parietal.**

Alături de o astereognozie primară în care nu pot fi discriminate formele (amor fognozie) și materia (ahilognozie), J. Delay a descris o astereognozie secundară în care aceste caracteristici sunt recunoscute, fără ca obiectul să poată fi identificat (asimbolie tactilă sau agnozie semantică).

ASTENIE (engl. *asthenia*). **Stare de oboseală generală, fizică și psihică, care se asociază cu o diminuare a dinamismului psihomotor, cu o relaxare a atenției și un deficit al voinței.**

ASUETUDINE (engl. *addiction*). **Aservire față de un drog, dependența fiind psihică și adesea fizică.**

Asuetudinea este, pentru experții O.M.S., sinonim al *toxicomaniei*, cu alte cuvinte desemnează o relație de dependență extrem de alienantă, spre deosebire de simpla *obișnuire*. Termenul este utilizat azi mai puțin decât acela de *farmacodependență*. Este,

totuși, frecvent utilizat în locul termenului englez *adicție**, atunci când acest cuvânt desemnează o relație alienantă, nu neapărat cu o substanță chimică. Pentru mulți autori (de exemplu, S. Peele) toxicomania nu este decât una din numeroasele forme posibile ale patologiei asuetudinii (în limba latină, *assuetudo* = obișnuință, deprindere, — notă L. G.). În relația dintre un subiect și un drog există o varietate infinită de situații între independența absolută și alienarea totală. Nu numai că fiecare individ s-ar situa în mod diferit în acest continuu, ci unul și același subiect s-ar deplasa într-un sens sau altul de-a lungul existenței lui (contrar dogmei societății Alcoolicii anonimi: „O dată ce ești alcoolic, ești pentru totdeauna"). Pe de altă parte, acest concept suplu și care nu implică relația cu un „toxic" permite să se aplice o reflecție bazată pe cercetări de toxicomanie în alte domenii ale experienței umane: relații exclusiv erotice, alienante și distructive, asuetudine față de televiziune, muncă (*workaholics* din lumea americană), joc, sport, tulburări de comportament alimentar etc. Depășind domeniul strict al clinicii toxicomaniilor, unele abordări psihosociale se întâlnesc cu concepțiile psihanalitice bazate pe noțiunile de dependență sau de adicție.

ATAXIE (engl. *ataxia*). **Pierdere a bunei coordonări a mișcărilor voluntare, în timp ce forța musculară rămâne intactă. Se datorează unui deficit al controlului normal exercitat de cerebel (ataxie cerebeloasă) și al formațiilor senzitive kinestezice (ataxie senzitivă).**

Astfel, leziuni ale cordoanelor posterioare ale măduvei (în tabes), ale talmusului, ale cortexului parietal produc o ataxie, eventual unilaterală (hemiataxie).

ATAXIE MENTALĂ (sau psihică). **Pierdere a coerenței ideilor, sentimentelor și a expresiei lor emoționale.**

Este cazul, de exemplu, al unui hohot de râs nemotivat, care survine atunci când se descrie un accident tragic. Această „ataxie" este înrudită cu discordanța afectivă descrisă de P. Chaslin în 1912.

ATELIER PROTEJAT (engl. *sheltered workshop*). **Unitate economică de producție care dă posibilitate muncitorilor handicapați să exercite o activitate profesională salariată, în condiții adaptate capacităților lor.**

Atelierele protejate trebuie să favorizeze promovarea muncitorilor handicapați și accesul lor la posturi în mediul de muncă obișnuit. Ele nu pot angaja decât muncitori handicapați a căror capacitate de muncă este egală cel puțin cu o treime din cea normală. Numai comisia tehnică de orientare și reclasare profesională (COTOREP) poate declara că o persoană handicapată aparține formulei atelierului protejat. Pot crea ateliere protejate colectivitățile sau organismele publice și private și mai ales întreprinderile, dar ele trebuie să fi primit aprobarea ministrului Muncii. Muncitorul handicapat este aici considerat ca salariat în ceea ce privește aplicarea dispozițiilor legislative, regulamentare și convenționale în vigoare (condiții de muncă, reprezentare a muncitorilor). El primește un salariu care ține seama de locul de muncă ocupat, de calificarea sa și de randamentul său în raport cu producția normală. Acest salariu nu poate fi în nici un caz inferior jumătății unui salariu normal acordat unui muncitor salariat care efectuează aceeași sarcină. Acest salariu este eventual afectat de un complement de resurse, vărsat de stat, pentru a se atinge minimum garantat de 90% din salariul mediu (S.M.I.C.).

Ateliere numite „centre de distribuire a muncii la domiciliu" pot procura muncitorilor handicapați munci efectuate la domiciliu. Aceste centre sunt de cele mai multe ori atașate la un atelier protejat și, în orice caz, asimilate acestuia.

Cu acordul lor și în vederea unei angajări, muncitorii handicapați pot fi puși la dispoziția unui alt patron.

ATETOZĂ (engl. *athetosis*). **Tulburare a motricității caracterizată prin mișcări parazite anormale, lente, de tip răsucire, interesând mâna, gâtul, limba, fața și alte regiuni ale corpului, în mod cvasipermanent.**

Aceste mișcări au aspect de târâre, cu succesiuni de hiperextensie și de flexie, apoi de rotație. Ele se asociază cu o hipertonie musculară și sunt agravate de emoție și de stimulări senzoriale intense, alterând în mod serios motricitatea voluntară în teritoriul afectat și riscând să creeze un veritabil handicap motor.

Tulburarea este consecutivă unei întreruperi a circuitelor de retroacție între nucleii cenușii, talamus și cortexul cerebral. Adesea este asociată cu un sindrom coreic (coreo-atetoză).

ATIMHORMIE (fr. *athymhormie*). **Deficit al dinamismului vital instinctiv și timic.**

Termen creat de M. Dide și P. Guiraud, în 1922, pentru a descrie acea tulburare fundamentală pe care ei o considerau ca fiind patognomonică pentru forma hebefrenică a schizofreniei. Din atimhormie ar deriva „toate simptomele esențiale: dezinteres, inerție, inafectivitate" (P. Guiraud, *Psychiatrie générale*, p. 493). → HEBEFRENIE; SCHIZOFRENIE.

ATITUDINE ANTITETICĂ (engl. *antithetic attitude*). **Formă de logică schizofrenică în care lumea este redusă la un raționament stereotip și dual.**

Este o noțiune introdusă de E. Minkowski spre a exprima forma și logica anumitor aspecte ale gândirii schizofrenice. Nu avem de-a face cu un echivalent strict al disocierii descrise de E. Bleuler, prin care trebuie să înțelegem dezagregarea tuturor funcțiilor psihice, nici un sinonim strict al noțiunii de discordanță introdusă de Ph. Chaslin. Gândirea antitetică implică o ruptură cu ambianța, un raționament în alb și negru, o predominanță a gândirii identificatoare, precum și o decădere a sesizării dialectice a realului sau pierderea de contact vital. Acest postulat al lui Minkowski va străbate aproape întreaga sa operă și va fi confirmat de A. Korzybski în 1933, apoi de S. Arieti (1952). Noțiunile de logică reificată, de hipertrofie a funcțiilor identificatoare ale Eului și de supraidentificare sunt adesea folosite ca sinonime. Această noțiune, care implică o aplatizare a afectului sau abandonul sentimentelor, se apropie de raționalismul morbid și de noua ierarhie de semnificații introduse de R.D. Laing. Ea permite reformularea problemei schizofreniei într-o perspectivă axiologică, în măsura în care perceperea unei ierarhii de semnificații sau de valori implică o percepție dialectică (ipoteză axiodialectică). Cel de al doilea avantaj este că ea nu pretinde nici un model *a priori*, ci, dimpotrivă, „o subiectivitate care tinde din toate forțele sale către obiectivitate". → FALSĂ CONȘTIINȚĂ; RAȚIONALISM MORBID.

AUTISM (engl. *autism*). **Repliere asupra lumii sale interioare a subiectului care refuză contactul cu lumea exterioară.**

DEFINIȚIILE ȘI DESCRIERILE AUTISMULUI. Termenul de „autism" este

derivat din cuvântul grec *auto*, care înseamnă „sine însuși". El a fost introdus pentru prima oară în psihiatrie în 1911 de către E. Bleuler, în lucrarea sa *Grupa schizofreniilor*, pentru a desemna, la bolnavii schizofrenici adulți, pierderea contactului cu realitatea, având drept consecință o mare dificultate de a comunica cu semenul, viața interioară căpătând o predominanță morbidă, în dauna raportului cu realitatea. Alți autori vor descrie mai târziu, în mod analog, autismul ca pe un simptom important, deși nu specific, al schizofreniei infantile.

În 1943, însă, în originalul său articol *Autistic Disturbance of Affective Contact*, psihiatrul american L. Kanner va descrie, sub termenul *autism infantil precoce*, un tablou diferit al schizofreniei infantile, caracterizat după el printr-o incapacitate a copilului mic, încă de la naștere, de a stabili contacte afective cu mediul.

Descrierea lui Kanner. În descrierea sa, Kanner a izolat un număr de semne clinice caracteristice psihozei autistice constituite:

– *debutul precoce al tulburărilor*, în general în primii doi ani de viață;

– *izolarea extremă;* atitudinea de copil care suferă de indiferență și de total dezinteres față de persoanele și obiectele care îl înconjoară;

– *trebuința de imuabilitate*; este vorba de trebuința imperioasă a copilului de a-și menține stabil mediul material obișnuit, permanența și stabilitatea reperelor făcând obiectul, din partea copilului, a unor frecvente verificări, mai mult sau mai puțin ritualizate;

– *stereotipiile gestuale*; este vorba de gesturi repetate fără încetare, dintre care unele frapează prin stranietatea lor: mișcarea degetelor în fața ochilor, mersul mecanic în vârful degetelor, excesive întoarceri la stânga-mprejur, balansarea ritmică înainte și înapoi;

– *tulburările de limbaj*; acestea sunt permanente: fie copilul nu posedă nici un limbaj, fie emite un jargon care are melodia limbajului, dar fără semnificație, fie, în sfârșit, posedă un limbaj cu o oarecare valoare comunicativă, marcat de ecolalie (repetarea în ecou a cuvintelor sau frazelor pronunțate de semeni), incapacitatea de a utiliza pronumele personale („tu" în loc de „eu"), cuvinte deformate, invenție de neologisme.

În descrierea pe care o face autismului, Kanner insistă asupra memoriei remarcabile a unora dintre acești copii și asupra aspectului lor inteligent, caracter diferențial față de stările de arierație descrise anterior de psihiatrii clasici, ca Esquirol.

Cu timpul, și alte afecțiuni apropiate de autismul descris de Kanner sunt regrupate sub termenul generic de *psihoze infantile precoce*. Ele au în comun cu autismul faptul că debutează precoce, în primii doi ani de viață, și că sunt marcate de o tulburare profundă a contactului cu lumea exterioară, diferențiindu-se totodată prin unele particularități clinice.

Astfel, în 1957, M. Mahler a descris *psihoza simbiotică*, căreia ea se străduiește să-i precizeze particularitățile:

– debutul în cursul celui de al doilea an de viață, precedat de o fază normală de dezvoltare, cel mult marcată de o hipersensibilitate la stimulii senzoriali și prin unele tulburări de somn;

– apariția sa în unele momente-cheie ale dezvoltării, care implică abandonul fuziunii simbiotice cu mama și înflorirea sentimentului de individuație.

Psihoza simbiotică este astfel clinic marcată de o angoasă puternică de anihilare, ca răspuns la aceste experiențe de separare, cum sunt intrarea la creșă sau o spitalizare.

Ea se inaugurează prin apariția unei bruște dezorganizări a personalității, cu pierderea accentuată a anumitor funcții, o deteriorare a limbajului și apariția de simptome psihotice. Mai târziu, Mahler recunoaște existența unor combinații și forme de tranziție posibile între cele două tipuri de organizare, autistic și simbiotic.

Descrierea lui Tustin. Ulterior, în 1977, psihanalista engleză F. Tustin, în lucrarea sa *Autismul și psihoza copilului*, a propus clasificarea autismului în trei grupe.

Autismul primar anormal. Ar fi un fel de prelungire anormală a unui autism primar normal. Această formă, calificată drept „amibiană" de către autoare, s-ar caracteriza prin faptul că nu ar exista la sugar o adevărată diferențiere între corpul său și acela al mamei și nici o veritabilă delimitare a suprafeței corporale. Funcționarea mentală s-ar organiza în jurul unor senzații foarte primitive. Această formă ar fi rezultatul unei carențe și al unei slăbiciuni în domeniul unor perioade de creștere esențiale.

Autismul secundar cu carapace. Această formă pare a corespunde autismului așa cum l-a descris Kanner: nu ar mai exista aici, ca în forma precedentă, indistincție între Eu și non-Eu, ci, dimpotrivă, supraevaluarea deosebirii.

S-ar crea o adevărată barieră autistică, o carapace, destinată să interzică accesul la „non-Eul" terifiant. Corpul copilului ar apărea în acest caz rigid, insensibil, fugind de contactul fizic. Activitatea fantasmatică ar fi săracă, centrată în jurul anumitor procese corporale, iar actul de gândire inhibat. Tustin califică această formă drept „crustaceu" și relevă rolul important al hipersensibilității copilului la stimuli senzoriali și la depresia mamei.

Autismul secundar regresiv. În sfârșit, Tustin descrie autismul secundar regresiv, care corespunde de fapt schizofreniei infantile. În această formă, după o evoluție în aparență normală, ar apărea manifestări regresive, cu retragerea copilului într-o viață fantasmatică destul de bogată centrată pe senzațiile corporale. Ar exista în acest caz pentru copil amestec și confuzie între el și mama sa, proces susținut de mecanismul identificării proiective descris de autorii kleinieni.

Autorii francezi (R. Misès, S. Lebovici, J.-L. Lang) au adus, din partea lor, o contribuție originală la clinica afecțiunilor psihotice precoce. Ei au integrat, astfel, în cadrul psihozelor infantile precoce „psihozele cu expresie deficitară", marcate de coexistența unei simptomatologii de tipul deficiență intelectuală și a unei relații psihotice cu mediul. Au subliniat de asemenea faptul că orice psihoză precoce poartă în ea germenii unei posibile evoluții deficitare. De asemenea, au integrat în acest cadru „distorsiunile psihotice precoce ale personalității", forme care se deosebesc de autism prin caracterul mai puțin masiv al retragerii, care coexistă cu o anumită menținere a contactului, care pare a avea loc totuși într-un mod extrem de patologic, care corespunde unor modalități foarte primitive de investire obiectală.

Alți autori francezi (Lebovici, M. Soulé, D. Houzel) s-au străduit să repereze semnele extrem de precoce ale evoluției psihotice în sânul diadei interacționale mamă–copil, prime semne care exprimă prin jocul somatic o dificultate de stabilire a relației obiective, primă amorsare a instaurării procesului psihotic. Înțelegem importanța acestor semne, care permit un diagnostic precoce al afecțiunii: refuzul biberonului, insomnii agitate cu mișcări autoagresive sau, dimpotrivă, calm, absență de atitudini anticipatoare ale copilului și ajustare posturală a acestuia, neapariția

surâsului în luna a treia și a angoasei din luna a opta, dezinteres pentru jucării sau interes prea exclusiv pentru jocurile mâinilor în fața ochilor, existența unor puternice angoase fobice.

GENEZA AUTISMULUI. Etiologia psihozelor autistice a dat loc la multiple controverse între partizanii organogenezei și ai psihogenezei. De fapt, geneza acestor afecțiuni este foarte verosimil multifactorială și nu este posibil să se separe în mod simplist factorii organici și factorii psihologici, atât unii cât și ceilalți intrând în interacțiune permanentă în procesul de structurare psihologică a copilului.

Domeniu genetic. Cercetările în acest domeniu arată că riscul de autism este crescut în familia unui subiect autist, în raport cu populația generală. Metoda gemenilor arată că concordanța diagnosticului este mai ridicată la gemenii monozigoți decât la gemenii dizigoți, ceea ce este în favoarea intervenției posibile a unor factori genetici în anumite cazuri de autism. Totuși, această influență a unor factori genetici nu este niciodată exclusă și lasă un loc larg influențelor mediului, oricare ar fi natura acestora. Se cuvine, pe de altă parte, să subliniem că autismul este de trei sau patru ori mai frecvent la băiat decât la fată.

Au fost efectuate numeroase cercetări în domeniul neurochimiei. Aceste studii au permis punerea în evidență a unor modificări biochimice, dar nici una nu se arată a fi specifică autismului. Anomalia cea mai frecvent găsită este fără îndoială creșterea serotoninei sanguine și plachetare (E.R. Ritvo, J.M. Launay, P. Ferrari), dar unii autori cred că această creștere este mai legată de întârzierea dezvoltării intelectuale decât de procesul psihotic ca atare. Recent, unii autori au pus în evidență o creștere a sintezei serotoninei, pornind de la triptofan, în plachetele copiilor autiști (Launay, Ferrari).

În ceea ce privește sistemele dopaminergice și noradrenergice, unii autori au pus în evidență o diminuare a procentajului de noradrenalină, de adrenalină și de dopamină în plachete, asociată cu o creștere a adrenalinei și noradrenalinei în plasma copiilor autiști (Launay, Ferrari). Acidul homovanilic (HVA) urinar, principal metabolit al dopaminei, a fost găsit în procentaj ridicat la copiii autiști, în timp ce metoxi-hidroxi-fenilglicolul (M.H.F.G.), principal metabolit al noradrenalinei, apare în procent scăzut (G. Lelord).

Din acest ansamblu de cercetări care, pentru unii, cer să fie confirmate, nu este posibil în prezent să se degaje o explicație biochimică univoc aplicabilă la autism și la psihozele precoce.

Studiile în domeniul neurofiziologic au arătat, pe de altă parte, că amplitudinile componentelor tardive ale potențialelor evocate auditive și vizuale sunt mai slabe, iar timpii de latență mai scurți. Aceste rezultate pot fi interpretate ca martori ai unei slăbiri a funcției de filtru senzorial și ar putea explica tendința organismului de a respinge influxurile senzoriale (Garreau, Ornitz).

Studiile privind somnul copilului autist, în sfârșit, au arătat că există modificări calitative ale acestuia, cu o importantă diminuare a mișcărilor oculare rapide care însoțesc activitățile visului.

Unii autori insistă asupra frecvenței asocierii la sindromul autistic a unei afecțiuni organice clinic reperabile (encefalopatie, anomalie genetică, deficit senzorial, suferință neonatală). Nu este actualmente posibilă precizarea naturii legăturii care unește cele două afecțiuni, dar pare îndoielnic că ar putea fi vorba de o legătură cauzală simplă și univocă. În sfârșit, unii

autori ar fi pus în evidență recent o anomalie de dezvoltare a lobulilor VI și VII ai vermisului cerebelos la unii copii autiști (E. Courchesne).

Domenii psihanalitice. Numeroase cercetări psihanalitice au încercat să elucideze mecanismele psihopatologice care intervin în psihozele precoce. Cele mai multe introduc noțiunile de narcisism primar, de autoerotism, de sistem paraexcitație.

Mahler insistă asupra rolului, în stările autiste, a conduitelor halucinatorii negative și a întăririi sistemului paraexcitație, ca și asupra rolului, în stările simbiotice, a menținerii unei relații simbiotice cu mama.

B. Bettelheim, în lucrarea sa *Fortăreața goală*, consideră că copilul autist ar fi prada unei adevărate frici de moarte, din cauză că ar fi confruntat prea de timpuriu cu o situație trăită de el ca fiind extrem de amenințătoare. În paralel cu această percepție a unei amenințări mortale s-ar efectua o retragere din lumea exterioară și o dezinvestire a lumii interioare care vizează dispariția tuturor afectelor.

Inspirându-se din concepția Melaniei Klein, unii autori au dezvoltat noi concepte privind psihopatologia autismului. Astfel, Tustin a introdus noțiunea de „depresie psihotică", reluată și de D.W. Winnicott. Este vorba de o trăire a rupturii în continuitatea corporală, un fel de gaură neagră persecutorie care risipește în mod brutal iluzia continuității corporale.

D. Meltzer introduce noțiunea unui autoerotism disociat legat de o „nimicire" a *self*-ului*. Nimicirea *self*-ului, rezultat al slăbirii forței liante a atenției, ar lăsa diferitele simțuri externe și interne să se atașeze în mod izolat de obiectul cel mai stimulator al momentului. Rezultatul acestui proces ar fi crearea de evenimente unisenzoriale nedisponibile pentru memorie sau gândire. Același autor a insistat asupra absenței de spațiu interior al *self*-ului și al obiectului, trăite ca pură suprafață. Absența de spațiu intern pentru *self* și nonelaborarea funcției de „piele psihică" (E. Bick) ar sta la originea unui deficit de tensiune al *self*-ului, incapabil să rețină conținuturile mentale și fizice.

ÎNGRIJIREA COPILULUI AUTIST. În țările europene, copiii autiști sunt în general îngrijiți în cadrul spitalelor de zi. În acest tip de instituție, care permite menținerea legăturii cu familia, terapia se efectuează într-un spirit pluridisciplinar; activitate educativă care vizează determinarea copilului de a se recunoaște ca individ și de a-i recunoaște ca indivizi pe ceilalți membri ai grupului; activitate pedagogică și școlară adaptată la starea copilului; muncă reeducativă de tip psihomotor sau muncă de reeducare a limbajului, ținându-se seama de caracteristicile tulburării instrumentale; psihoterapie individuală a copilului, supraveghere și îngrijiri pediatrice. O integrare parțială în mediul școlar normal este în general încercată atunci când starea copilului o permite. În sfârșit, spitalul de zi dă posibilitatea, dacă este necesar, să se ofere părinților îndurerați un ajutor psihologic. Educarea copilului autist, centrată pe simpla obținere de modificări de comportament într-o perspectivă behavioristă și prin metode de condiționare, este uneori practicată, dar pare puțin dezirabilă.

Pronosticul pe termen lung a fost ameliorat de terapeuții actuali, dar încă mai rămâne uneori rezervat. Evoluția deficitară, fie globală, fie sectorială, este fără îndoială riscul evolutiv major. Uneori evoluția se face spre o persistență a procesului psihotic, cu posibilitatea de evoluție schizofrenică la adolescență. Nevrotizarea, în sfârșit, apare ca o formă mai favorabilă a evoluției în cazul în care aceasta permite stabilirea unei legături relaționale satisfăcătoare cu semenul.

Bibl.: Bettelheim, B., *La forteresse vide*, Gallimard, Paris, 1974; Frith, U., *L'énigme de l'autisme* (1989), ed. Odile Jacob, Paris, trad.fr. 1992; Lelord. G. et alii, *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, Expansion scientifique française, Paris, 1989; Mahler, M., *Psychose infantile*, Payot, Paris, 1977; Meltzer, D. et alii, *Autisme infantile*, Payot, Paris, 1980; Rutter, M., Schopler, E., *L'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement* (1978), trad.fr., P.U.F., Paris, 1991; Sauvage, D., *Autisme du nourrisson et du jéune enfant (0–3 ans). Signes précoces et diagnostics*. Rapport de psychiatrie. Congrés de psychiatrie et de neurologie de langue française (Luxembourg, 1984), Masson, Paris, 1984; Schopler, E., Reichler, R., Lansing, M., *Stratégies éducatives de l'autisme*, Masson, Paris, 1988; Tustin, F., *Autisme et psychose de l'enfant*, Éditions du Seuil, Paris, 1977.

AUTOACUZAȚIE (engl. *self-accusation*). **Acțiune de acuzare de sine pentru fapte imaginare sau foarte exagerate în raport cu realitatea lor.**

Legată de sentimentul de culpabilitate și de pierderea de sine, autoacuzația este un simptom obișnuit al depresiei melancolice.

AUTODEPRECIERE (engl. *self-depreciation*). **Profundă afectare a stimei de sine, care conduce subiectul la a emite despre sine judecăți defavorabile și peiorative.**

Este un simptom frecvent al depresiei melancolice.

AUTOLIZĂ (engl. *autolysis*). **Comportament autodistrugător care duce la moarte.**

Sinonim cu sinuciderea (suicidul), în limbajul psihologic și psihiatric.

AUTOMATISM MENTAL (engl. *De Clérambault's Syndrome*). **Sindrom descris de G.G. de Clérambault, caracterizat de asocierea de fenomene psihopatologice care determină la pacient sentimentul și convingerea delirantă că el nu mai este stăpân pe voința sa și că o forță străină și exterioară lui acționează asupra-i și îi controlează întreaga activitate psihică, dirijându-i actele, gândurile și percepțiile.**

Se disting un mare și un mic automatism mental.

Primul constă atât dintr-un automatism ideoverbal (halucinații verbale cu comentarii ale actelor și ecoul gândirii, sentiment al ghicirii și furtului ideilor, repetări de fraze cu aspect impersonal, care i-ar fi impuse subiectului), dintr-un automatism motor care se traduce prin impulsii ce determină ticuri și stereotipii gestuale care parazitează motricitatea voluntară a pacientului, cât și dintr-un automatism senzorial și senzitiv cu multiple halucinații vizuale, gustative (gusturi bizare în gură), olfactive (mirosuri dezagreabile), tactile, genitale (senzații voluptuoase) și cenestezice (dureri viscerale inexplicabile, spasme, descărcări electrice) —, toate aceste tulburări psihosenzoriale rămânând anideice, adică fără a fi însoțite, la început, de delir.

În micul automatism, tulburările sunt mai discrete, mai subtile: simple sentimente de stranietate a gândirii, de devidare a unor amintiri nesolicitate, de emancipare de idei abstracte, de reflecții și serii de cuvinte impuse, de oprire subită a curentului gândirii, toate acestea dându-i subiectului impresia unei funcționări pasive a gândirii, ca prin constrângere, prin acțiune din exterior (xenopatie).

Automatismul mental îi apare lui Clérambault ca punct de plecare al psihozei halucinatorii cronice. Fenomenul inițial este pentru el o tulburare cerebrală de natură probabil organică, pornind de la care se dezvoltă, într-o fază secundară, delirul. Este o explicație mecanicistă a construcției delirante, legată de o psihopatologie localizatoare și atomistică actualmente fără adepți. Rămâne o descriere clinică, foarte fină pe plan fenomenologic,

a unui sindrom care și-a păstrat tot interesul chiar și în practica cea mai recentă a diagnosticului psihiatric.

AUTOMATISM PSIHIC (engl. *psychic automatism*). **Activitate mentală și psihomotorie care scapă controlului voinței conștiente a subiectului.**

Unele dintre aceste automatisme fac parte din viața cotidiană, reprezentând în particular o întreagă serie de comportamente reflexe și de acte obișnuite în adaptarea normală a subiectului. Altele, însă, sunt conduite care pot exprima alterarea câmpului conștiinței (P. Janet) sau eliberarea de infrastructuri inconștiente care lasă să scape exigențe instinctivo-afective profunde. Scrisul automat, atât de cultivat de poeții suprarealiști, a putut fi astfel considerat ca un mijloc de ridicare a cenzurii care interzice acestor exigențe să se manifeste.

Automatismele psihomotorii pot să apară în cursul unor stări „secunde" la isterici, sau unor stări crepusculare la epileptici. Unele victime ale comoțiilor cerebrale se pot deplasa, pot lua trenul în minutele care urmează accidentului lor, într-un fel de automatism ambulator, fără a păstra ulterior nici cea mai mică amintire despre aceste fapte.

AUTOMUTILARE (engl. *self-mutilation*). **Comportament autodistructiv care poate conduce la sinucidere, comportament care apare la adult în cadrul unei depresii melancolice sau al unei schizofrenii (în ultimul caz sub forma frecventă a impulsiilor autocastratoare), iar la copil în cadrul unei arierații mentale sau al unei evoluții psihotice.**

Automutilarea ar fi la copil rezultatul unui eșec în stabilirea de relații obiectale precoce, eșec care îl face să nu dispună decât de corpul său pentru o relație cu celălalt, printr-un comportament de căutare simultană a plăcerii și neplăcerii. Specific relațional, acest comportament îl solicită pe semen la nivelul propriei sale angoase. Un aspect heteroagresiv este finalmente inclus în orice conduită autoagresivă: copilul l-ar acuza pe celălalt că îl lasă singur în universul său vid și segmentat. Automutilarea este astfel o conduită ultimă în fața retragerii autiste profunde, o ultimă tentativă de a menține un contact cu mediul, de a-i solicita celuilalt de a avea cel puțin cunoștință de existența cuiva care nu este el și pentru a-și afirma propria existență.

AUTOPUNIȚIE (engl. *self-punishment*). **Conduită de pedepsire de sine însuși, în general legată de puternice sentimente de culpabilitate imaginară.**

În teoria psihanalitică, conduitele autopunitive sunt legate de tensiunea dintre un Supraeu autoritar și exigent și Eu. Ele se constată la nevrotici, sub forma conduitei de eșec, de refuz al plăcerii sexuale (dispareunie, frigiditate) sau de tulburări funcționale viscerale. Sunt de asemenea caracteristice depresiei melancolice, caz în care se asociază cu autoacuzarea și pot conduce la automutilare și chiar la suicid.

AUTORITATE PARENTALĂ (engl. *parental authority*). **Putere pe care legea o recunoaște tatălui sau mamei asupra persoanei și bunurilor copilului lor minor și neemancipat.**

Din 1971, autoritatea parentală înlocuiește noțiunea de putere paternă. În familia legitimă această autoritate este exercitată împreună de către tată și mamă. Dacă este vorba de părinți naturali, legea din 22 iulie 1987 le permite să ceară să exercite împreună autoritatea parentală (care, în lipsă, este exercitată cu prioritate de către mamă) prin simpla declarație în fața judecătorului de tutele. În caz de divorț, autoritatea parentală este exercitată fie în comun de către cei doi părinți, fie de către unul din

ei. În caz de exercitare în comun a acestei puteri, judecătorul indică părintele la care copiii au domiciliul lor stabil.

AUTOSCOPIE (fr. *héautoscopie*; engl. *autoscopy*). **Reprezentare parțială sau totală a imaginii de sine, ca proiectată în afara sa.**

Acest fenomen, care se situează cel mai adesea între o simplă iluzie și o veritabilă halucinație, în mod normal se întâlnește în vis. Poate însă să apară și în stări fie confuzo-onirice (în special după administrarea unui halucinogen*), fie demențiale (cazul din *Horla* de Guy de Maupassant). Se semnalează și în unele faze delirante ale isteriei (psihoză isterică). → HALUCINAȚIE SPECULARĂ; ILUZIA DUBLILOR.

Bibl.: Lhermitte, J., *L'image de notre corps*, Nouvelle revue critique, Paris, 1939.

AUTOSUGESTIE (engl. *autosuggestion*). **Sugestie dată de sine însuși, în mod conștient sau nu, în așa fel încât conduita sugerată (și imaginată) la un moment dat se realizează, în afara voinței conștiente, într-un mod aproape automat.**

Această influență asupra vieții psihice și a comportamentului, a unei idei care, la început, a fost privilegiată în mod voluntar, servește drept temei metodei lui E. Coué, elev al lui A.A. Liébeault și al lui H. Bernheim. El a înțeles cel dintâi că nu trebuie confundată sugestia cu o simplă educație a voinței. Autosugestia ar fi mai degrabă „o educație a imaginației". Nu ar exista sugestie decât atunci când voința și efortul sunt suspendate. Ceea ce îl făcea să socoată că orice sugestie trece în mod necesar prin autosugestie. „Subiectul este opus sugestionatorului mai mult în aparență decât în realitate: el este supus în măsura în care și-o imaginează și se autosugestionează că trebuie să fie astfel. Practicianul să se slujească deci de sugestie (heterosugestie), dar numai ca de un mijloc de a educa autosugestia" (C. Baudoin). Regăsim aceleași principii la baza metodelor actuale de sugestopedie.

AUTOTOPOAGNOZIE (engl. *autotopoagnosia*). **Agnozie spațio-corporală descrisă de F. Pick, caracterizată prin incapacitatea de a recunoaște localizarea diferitelor părți ale corpului.**

Se datorează, în general, unor leziuni parietale din emisfera dominantă și care se întind și în regiuni frontale și occipitale. Faptul acesta explică de ce autotopoagnozia se asociază cel mai adesea cu tulburări afazice și agnostice complexe, care fac dificilă punerea în evidență a simptomelor sale somatognozice specifice.

AZIL sau **AZIL DE ALIENAȚI** (engl. *asylum*). **Stabiliment spitalicesc public în care erau tratați bolnavii mintali; termen înlocuit în Franța, începând din 1938, cu acela de spital psihiatric, iar mai recent cu termenul de centru psihoterapeutic sau de centru spitalicesc specializat (1968).**

Legea din 30 iunie 1838 obliga fiecare departament francez să deschidă un stabiliment public de internare și tratare a alienaților. Deja P. Pinel consiliase crearea unor astfel de instituții, între care Bicêtre pentru bărbați și Salpêtrière pentru femei, care, împreună cu Charenton, reprezintă primele experiențe pariziene. În pofida reformelor propuse de Pinel și aplicate parțial, aceste instituții nu erau exemple de imitat, fie și numai din cauza accentuatului lor autoritarism și a funcționării medico-administrative greoaie. Ceea ce a preconizat în mod deosebit Pinel, urmat în acest sens de E. Georget, elev al elevului său E. Esquirol, era *izolarea* alienatului spre a-l scuti, cel puțin pe parcursul primei părți a curei, de contactele cu mediul său familial și social, căruia îi văzuse bine efectele patogene în ceea ce privește atât

declanșarea cât și perpetuarea tulburărilor mentale. Izolarea este de altfel pentru el condiția esențială a tratamentului moral, atunci când îi expune pentru prima dată principiile, în 1798. Dar această condiție va deveni treptat însăși axa tratamentului: o glisare este de perceput între cele două ediții ale *Traité médico-philosophique* [...], care va deveni un veritabil derapaj sub penița lui Esquirol, în memoriul său din 1832, în care izolarea a devenit pentru el „un mare mijloc de vindecare a alienaților". Ea este atât utilă cât și necesară, îndeosebi „pentru securitatea lor, a familiilor lor și pentru ordinea publică". În această concepție se înscrie legea din 1838 pe care Esquirol a inspirat-o ministrului de Interne din acel timp, contele de Gasparin. Nu este de mirare că în Camera pairilor, unde a fost discutată legea, unul dintre reprezentanți, socotind perfectă analogia dintre „izolarea terapeutică" și „plasarea în mediu închis", se felicita de „această fericită coincidență" care, aplicând măsuri riguroase, face să coincidă avantajul bolnavului cu binele general". Se înțelege că această recuperare politică a unei metode medicale deja pervertite a adus mari servicii societății burgheze a monarhiei constituționale, apoi celui de al doilea Imperiu și celei de a III-a Republici. După cum a arătat R. Castel, azilurile de alienați au devenit astfel „exclusiv locuri de pază, terenuri sumbre, pentru o gestiune pur administrativă a devianței. Psihiatrii au repetat ritualismul monoton al segregării sociale. Nu li se cerea altceva". Iar azilurile au provocat astfel, au întreținut și agravat cronicizarea bolnavilor mintali tot mai numeroși, a căror internare risca cel mai adesea să fie definitivă.

AZILISM (engl. *asylum dementia*). **Afe[c]țiune psihică pseudodemențială cronic[ă] de origine iatrogenă, legată de o spital[i]zare prelungită într-un mediu azila[r]**

Azilismul a putut fi comparat cu unel[e] psihoze carcerale și a fost denunțat de [...] sfârșitul secolului al XIX-lea încă de că[tre] psihiatrii englezi, care l-au denum[it] *Asylum Dementia*. În Franța, Marandon d[e] Montyel, medic la azilul din Ville-Évrard[,] a fost acela care a scris în 1896: „Azilurile noastre actuale sunt fabrici de incurabil[i] prin izolarea pe care le-o impunem bol[-] navilor noștri [...]. Igienei izolării trebui[e] să-i substituim igiena libertății".

O formă minoră, dar încă foarte frec[-] ventă, a azilismului o reprezintă *nevroz[a] instituțională* descrisă de R. Barton, în 1959, la schizofrenicii spitalizați de mai bine de doi ani. „Maladia — scrie el — se caracterizează prin apatie, lipsa de inițiativă, pierderea interesului, în special pentru lucrurile care nu-l privesc direct pe bolnav, supunerea pasivă, inaptitudinea vădită de a elabora planuri pentru viitor, absența individualității și, uneori, atitudine posturală și un umblet caracteristic". Chiar dacă distinge ceea ce poate să țină de schizofrenia bolnavului, el consideră că izolarea, pierderea contactului cu lumea exterioară și cu foștii prieteni, suprimarea prezenței și a folosinței unor bunuri și obiecte personale, paternalismul îngrijorător, medicamentele neuroleptice, atmosfera de pavilion etc., toți acești factori produc acea stare de regresie și de indiferență afectivă în definitiv mai grave decât boala însăși. Asemenea constatări, împărtășite de mulți observatori, stau la originea psihoterapiei instituționale și a mișcărilor antipsihiatrice care au condus la rărirea și chiar la suprimarea azilurilor în unele țări.

B

BARAJ (engl. *obstruction, thought blocking*). **Bruscă întrerupere a discursului sau a activității psihomotorii, legată de o tulburare profundă a cursului gândirii.**

Este un simptom descris de E. Kraepelin în cadrul negativismului* demenței precoce și reluat de E. Bleuler, care a făcut din el unul din semnele fundamentale ale disocierii schizofrenice.

BARBITURIC (engl. *barbiturate*). **Se spune despre un derivat al acidului barbituric, sau malonilureе, folosit ca anestezic, antiepileptic, sedativ și mai ales hipnotic.**

Descoperirea în 1863 a malonilureei s-a datorat lui A. von Baeyer. În 1903 a fost obținută de E. Fischer și J. von Mering prima sinteză a unui derivat hipnotic, barbitalul sau veronalul. Pe parcursul a mai bine de o jumătate de secol barbituricele devin hipnoticele (somniferele) cele mai răspândite și mai eficace. Pentru medici se impunea deosebirea barbituricelor după acțiunea lor rapidă sau prelungită și după diversele lor prescripții: insomnii de adormire sau de trezire, dar și epilepsie (fenobarbitalul rămâne unul dintre cele mai bune antiepileptice) sau anestezie (teobarbituricele cu acțiune rapidă își au locul lor în acest domeniu).

Medicamente ale somnului, barbituricele devin repede în spiritul publicului drogurile sinuciderii: ele încă mai rămân unul dintre mijloacele cele mai eficace de luare a vieții. Sunt, de asemenea, obiect de utilizări abuzive, dacă nu toxicomaniace. Toleranța (obișnuirea) la barbiturice este clară și apare foarte repede în caz de folosite regulată. Pentru a obține un același efect sedativ sau hipnotic se poate ajunge la utilizarea de doze de zece ori superioare dozelor inițiale. Există între barbiturice și alcool o potențializare și o toleranță încrucișate. Pericolele unei astfel de dependențe progresive sunt evidente, deoarece toleranța organismului este cu mult mai mică în ceea ce privește doza letală: pur și simplu spre a adormi, unii subiecți flirtează în mod regulat cu doza mortală.

Barbituricele fac parte și din panoplia tinerilor toxicomani de azi, care caută în aceste substanțe două feluri de efecte: efectul terapeutic al sedării și somnului și efectul paradoxal al beției barbiturice. În

primul caz, barbituricele servesc la evitarea suferințelor unei „descinderi la *speed*" (amfetamine) sau al unei lipse de opiacee. Ele pot fi luate și direct, în asociere cu alte droguri. În al doilea caz provoacă o beție care survine atunci când subiectul nu se cufundă rapid în inconștiență. Comparabilă întru totul cu beția alcoolică, inclusiv în ceea ce privește tulburările motorii de tip cerebelos, ea depășește mai ușor stadiul de locvacitate sau de euforie, spre a produce episoade de excitație agresivă sau sindroame confuzionale. Spre deosebire de majoritatea celorlalte „planete", beția barbiturică este în general urmată de amnezie. O intoxicare cronică determină tulburări de memorie și de atenție, modificări de dispoziție, subiectul devenind exploziv, imprevizibil, în contrast cu personalitatea sa anterioară.

În decursul unei obișnuiri adevărate, sevrajul poate prezenta riscuri serioase. Acest sindrom comportă grețuri și vărsături, un sentiment de indispoziție, o angoasă puternică și iritabilitate, tremurături. Pericolul major constă în posibilitatea unor crize, ba chiar a unei stări de rău epileptic. Mai rar a fost descris un delirium de sevraj barbituric, comparabil cu delirium tremens de origine alcoolică. Majoritatea autorilor proslăvesc un sevraj în mediu spitalicesc, utilizându-se o metodă de diminuare progresivă.

Complicația majoră a acestei toxicomanii este coma barbiturică, cu risc de moarte. Unii barbituromani cronici, în căutarea beției, a sedării sau uitării, se apropie fără a o ști de doza mortală: aceste cazuri istorice sunt mai rare azi. O utilizare explozivă de barbiturice de către toxicomani este mereu posibilă, uneori prin utilizare pe cale intravenoasă. Fără a fi apanajul acestui produs, dimensiunea ordalică, vânarea riscului sunt aici la apogeul lor. Acea funcție de „ruletă rusească", de vertij în fața morții, de apel la o putere Alta și speranță într-o supraviețuire miraculoasă există în multe come. O recrudescență a acestor practici a dus la clasarea, în 1988, a secobarbitalului (barbituric cu acțiune rapidă) în tabloul B de substanțe otrăvitoare. Alte psihotrope sedative și hipnotice sunt utilizate de către toxicomani în aceleași scopuri și cam cu aceleași pericole. A fost cazul metaqualonei, iar azi este cazul unor sedative și hipnotice din seria benzodiazepinelor.

BARBITURISM (engl. *barbiturate dependence*). **Intoxicație cronică cu barbiturice.** (Sinonim: barbituromanie.) → BARBITURIC.

BATESON (Gregory). **Antropolog și etnolog american de origine britanică (Cambridge, Marea Britanie, 1904 – San Francisco, 1980).**

În 1936, ca urmare a unei găzduiri într-un trib din Noua Guinee, publică *Naven*, unde descrie în special diferențierea grupurilor care, cu timpul, dacă are loc în mod progresiv, duce la ceea ce el numește schismogeneză. În felul acesta, în general, se pot descrie interacțiunile indivizilor, în termeni fie de simetrie, fie de complementaritate. În primul caz, partenerii adoptă un comportament în oglindă, pe când în al doilea caz comportamentul unuia îl completează pe al altuia. În 1956, după o muncă de cercetare la spitalul psihiatric pentru foști combatanți de la Palo Alto (California), a publicat cartea *Spre o teorie a schizofreniei*.

Împreună cu D. D. Jackson, J. Haley și J. H. Weakland, descrie îndeosebi ipoteza dublei legături (*double bind*)*.

Mai târziu, efectuează cercetări asupra comunicării și metacomunicării la animale. Se interesează și de procesele învățării. Numește „învățare zero" receptarea unui mesaj, „învățare I" schimbările intervenite în învățarea zero și „învățare II" faptul de a „învăța să înveți să receptezi un semnal". În 1971, toate aceste teme sunt regrupate în *Spre o ecologie a spiritului*.

În *Natura și gândirea* (1979), trece în revistă rezultatele cercetărilor în antropologie, etnologie, etologie, cibernetică și psihiatrie. Își pune mai ales problema „structurii care leagă toate ființele vii"; insistă din nou asupra contextului, fără de care cuvintele și actele nu au nici un sens.

Ansamblul lucrărilor sale constituie bazele genezei și dezvoltării unor terapii familiale.→ ȘCOALA DE LA PALO ALTO.

BĂTRÂNEȚE (engl. *old age*). **Ultimă perioadă a vieții, corespunzând rezultatului normal al senescenței.**

Termenul se opune uneori aceluia de *senilitate**, care ar fi aspectul patologic. Trebuie însă să recunoaștem că bătrânețea extremă nu se distinge prin nimic de senilitate. În schimb este cert că bătrânețea apare și se agravează mai mult sau mai puțin repede, de la individ la individ. Gerontologia diferențială (F. Bourlière) a cercetat îndelung cauzele și factorii acestor deosebiri (→ SENESCENȚĂ).

Clasic, pentru Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), vârsta mijlocie se întinde întinde 45 și 59 de ani, aceea a persoanelor în vârstă de la 60 la 74 de ani, aceea a bătrâneții de la 75 la 90 de ani, iar aceea a marilor bătrâni dincolo de vârsta de 90 de ani. În concepțiile medico-sociale franceze actuale se vorbește mai degrabă de „vârsta a treia" după 65 de ani, vârsta pensionării, și de „vârsta a patra" după 80 de ani. Dar aceste cifre nu au decât o valoare extrem de relativă, deoarece totul depinde de procesul de senescență biologică și psihologică.

Nu trebuie uitat că comportamentul bătrânului va fi întotdeauna în funcție de personalitatea sa anterioară. Dacă aceasta este echilibrată, persoana în vârstă va suporta mai ușor îmbătrânirea și va putea chiar să aibă de câștigat dacă, respingând numeroasele solicitări și invitații din partea persoanelor mai tinere, știe să rămână înțelept. Personalitățile psihopatice, în schimb, văd accentuându-se cusururile lor caracteriale.

Numeroase dificultăți în privința bătrânilor iau naștere dintr-un comportament care este mai puțin consecința vârstei lor cât a unor trăsături de caracter care și altădată făcea dificilă viața în tovărășia lor. Cei care au suferit de o nevroză mult mai sau mai puțin gravă vor avea o cu totul altă atitudine la apropierea bătrâneții decât personalitățile mature. Ei nu vor putea, de exemplu, suporta ideea că este necesară o anumită resemnare. Nu rareori se întâlnesc nevrotici care, în raporturile lor cu copiii, au aceleași dificultăți pe care le-au avut cu părinții lor, pe când erau copii. La mulți nevrotici simptomele se accentuează la apropierea bătrâneții, cu tendința de a rămâne pasivi și a se lăsa îngrijiți, adoptând o poziție din ce în ce mai regresivă. Uneori, subiecții „mici paranoici" devin la bătrânețe adevărați tirani ai casei, reacționând prin furii violente la cea mai mică frustrare, la cel mai mic semn de neascultare din partea copiilor sau îngrijitorilor lor. Ei se pot arăta deosebit de agresivi și de intoleranți față de anturajul lor, refuzând orice schimbare, orice inovare, din cauza repulsiei față de noutate. În cazurile mai grave vor prezenta veritabile tulburări

psihotice (→ SENILITATE) de tip paranoia senilă sau parafrenie tardivă. După șaizeci de ani apar demențele*, care, o dată cu prelungirea considerabilă a duratei de viață în lumea occidentală, au devenit adevărate „ciumă neagră" a acestui sfârșit de secol. → GERONTOPSIHIATRIE.

Bibl.: Ferrey, C., Le Goves, G., *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Paris, 1989; Herfray, Ch., *La vieillesse, une interprétation psychanalytique*, Desclée de Brouwer-Epi, 1988; Thevenet, A., *Le quatrième âge*, P.U.F., „Que sais-je?", Paris, 1989.

BÂLBÂIALĂ (engl. *stuttering*). **Dificultate a limbajului vorbit caracterizată de pierderea fluidității discursului, cu ezitări, cu tulburări de ritm, întreruperi repetate de flux verbal și uneori spasme ale mușchilor respiratorii sau fonatori.**

Bâlbâiala se integrează în tulburările de învățare a limbajului, legate atât de factori somatici cât și de factori psihologici și socioculturali. Pentru E. Pichon și S. Borel-Maisonny (1937), este vorba esențialmente de o „insuficiență linguospeculativă". Actualmente se consideră că depinde de ereditate, de alterările dominanței cerebrale și de procesele senzorio-motorii (R. Diatkine și J. de Ajuriaguerra) și adesea de tulburări psihoafective nevrotice. Iată de ce o reeducare ortofonică a bâlbâielii nu este de conceput decât după un examen complet al personalității pacientului, care poate trage concluzia necesității unui acompaniament psihoterapeutic.

Clasic se distinge o bâlbâială „tonică" și o bâlbâială „clonică". Prima se caracterizează printr-un aspect spasmodic al vorbirii, cu blocaje la începutul sau pe parcursul frazei. A doua se traduce prin repetarea unei silabe sau a unui grup de silabe. Propuse inițial de G. Van Riper, în tratamentul bâlbâielii sunt practicate din ce în ce mai mult diverse tehnici comportamentale: relaxare, jocuri de rol, desensibilizare sistematică, metode cognitiviste și asertive. Va trebui să distingem, în evoluție, rezultate pe termen scurt și stabilizări prelungite. Recidivele sunt însă întotdeauna posibile, în special ca urmare a unei emoții violente sau care se asociază cu o stare de stres.

BEHAVIOR THERAPY sau **BEHAVIOUR THERAPY** → TERAPIE COMPORTAMENTALĂ.

BENZODIAZEPINĂ (engl. *benzodiazepine*). **Familie de substanțe chimice care posedă, în grade diferite, proprietăți anxiolitice, sedative, miorelaxante, anticonvulsivante și hipnotice.**

Termenul *diazepină* desemnează un ciclu de 7 atomi la care se adaugă un ciclu benzenic (benzo-). Prima benzodiazepină, clordiazepoxida, a fost sintetizată în 1959, urmată de diazepam. De atunci încoace au apărut pe piață mai mult de o duzină de produse. Variații minime ale structurii chimice a benzodiazepinelor pot modifica profilul de acțiune farmacologică a acestor substanțe. În consecință, unele benzodiazepine sunt utilizate în special în tratamentul epilepsiei (proprietăți anticonvulsivante) sau în reumatologie (efect miorelaxant).

Mulți compuși sunt propuși în tratamentul tulburărilor de somn, cum sunt nitrazepamul sau flunitrazepamul (proprietate hipnotică). Indicația principală a benzodiazepinelor rămâne totuși anxietatea, fie ea primară, ca în nevroza anxioasă (sau tulburare de anxietate generalizată, după terminologia americană), sau secundară unei patologii psihiatrice sau medicale.

Regulile de prescripție a acestor substanțe sunt călăuzite de anumite date farmacologice.

Viteza de absorbție, reflectată de intervalul de timp necesar pentru atingerea concentrării plasmatice maxime, este de interes practic pentru tratarea rapidă a unei crize de angoasă acută. Durata acțiunii benzodiazepinei este un alt parametru care permite orientarea prescripției în funcție de patologia de tratat.

Dacă benzodiazepinele au făcut dovada formală a eficacității și caracterului lor nevătămător, recursul la ele trebuie să fie prudent în caz de tratament prelungit, din cauza apariției fenomenelor de toleranță și de dependență. Un veritabil sindrom de sevraj la benzodiazepine a fost recent descris după stoparea brutală a medicamentului. Iată de ce prescripția lor prelungită trebuie rezervată bolnavilor la care alte medicamente nu au dat rezultate.

Cercetarea biologică asupra proprietăților acestor substanțe a fost stimulată de descoperirea unor receptori specifici la benzodiazepine. Acești receptori sunt localizați îndeosebi în cortex și în sistemul limbic, structuri anatomice cărora li se cunoaște implicarea în viața emoțională.

BEȚIE (engl. *drunkenness*). **1) În alcoologie, stare de excitație psihomotorie datorată ingestiei masive de băuturi alcoolice.**

De la beția ușoară, repede risipită, până la beția gravă, care poate merge până la comă și care este susceptibilă de antrenarea unor accidente redutabile, găsim toate gradele posibile.

GRADE. Se face pe nedrept distincție între beția zisă „normală" și beția patologică. Orice beție este anormală atunci când survine la un subiect a cărui alcoolemie nu depășește 1–1,50 g. Se observă o excitație intelectuală și motorie pasageră (1 sau 2 ore), cu facilitarea vorbirii, dispoziție jovială, hiperexpansivitate.

În cursul acestei stări, resimțită ca euforică, trăirile psihomotorii care necesită un control de sine sunt deja alterate, pe când subiectul nu este conștient de aceasta și își supraestimează capacitățile.

La un stadiu mai avansat (peste 2 g), se constată numeroase tulburări: necoordonare ca expresie a unor tulburări cerebeloase, umblet ebrios, cu căderi, vorbire încâlcită, dezordini vegetative (greață, vomismente, midriază), tulburări de atenție și somnolență.

Dacă intoxicația este mai gravă, există o intensificare masivă a tuturor simptomelor citate mai sus: se spune despre subiect că este „beat mort".

Elemente patologice particulare se pot adăuga la tabloul precedent: raptus impulsiv (subiectul devine furios, agresiv și sparge totul). După un paroxism mai mult sau mai puțin lung, torpoare și prestrație; halucinații și onirism, cu reacții violente și imprevizibile; delir pe teme megalomanice, de gelozie sau de persecuție; elemente depresive cu risc de trecere la actul suicidar.

ÎNGRIJIRI. Gravitatea acestor manifestări impune măsuri de supraveghere și îngrijiri de urgență. Dacă bețiile au tendința de a recidiva la unul și același subiect, ele îmbracă adesea aceleași forme. Nu există proporționalitate între gradul de alcoolemie și intensitatea evenimentelor patologice. În sfârșit, „beția la volan" este o expresie de nereținut, deoarece desemnează impregnația alcoolică măsurată cu etilometrul, fie că există sau nu semne de beție.

2) Alterarea stării de conștiință ca efect al diferitelor droguri (exemplu:

beție canabică).→ CANABISM; DROG; TOXICOMANIE; TRIP.

Bibl.: Adès, J., *Les conduites alcooliques*, Doin, Paris, 1985.

BINSWANGER (Ludwig). **Psihiatru elvețian (Kreuzlingen, 1881 — id., 1966).**

A încercat o sinteză între psihanaliză și fenomenologie, în care aceasta din urmă o covârșește pe cea dintâi.

Provenit dintr-o familie de psihiatri care posedau clinica de la Kreuzlingen, din vecinătatea lacului Constanța, a făcut studii medicale și filosofice la Lausanne și Heidelberg. La Zürich a fost elevul și apoi asistentul lui E. Bleuler, la spitalul psihiatric Burghölzli. Acolo l-a cunoscut pe C.G. Jung, pe care în 1907 l-a însoțit la Viena spre a-l întâlni pe Freud și a începe o formație psihanalitică. Această formație l-a adus în comitetul director al Societății elveține de psihanaliză, în 1919.

În timp ce conducea clinica familială, se interesa tot mai mult de fenomenologia lui E.Husserl, apoi de existențialismul lui M. Heidegger, în scopul aplicării acestora la observarea clinică și la studiul psihopatologic al bolnavilor săi, despre care a publicat câteva cazuri devenite celebre, în special acelea ale Suzanei Urban și Ellenei West. (→ CAZUL ELLEN WEST). În cartea *Existence* (trad. engl. Basic Books, 1958) este pe larg prezentată această din urmă observație, ca model al analizei existențiale preconizate de Binswanger. Pentru el, psihiatrul trebuie să reconstituie și să înțeleagă fenomenologic lumea experienței interioare a bolnavului său, dacă vrea să-l vindece. Tocmai „ființarea-în-lume", acel „Dasein" (Heidegger) trebuie să rămână în centrul analizei pe care Binswanger a dezvoltat-o pe îndelete în cele șase articole ale sale din *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, cu privire la conștiință sau, mai exact, la „lumea maniacă", cu privire la fuga de idei (*Über Ideenflucht*, serie de articole din 1930 și până în 1932, publicate sub acest titlu în 1933).

Deși se îndepărtează tot mai mult de ortodoxia psihanalitică, Binswanger rămâne până la capăt fidel lui Freud și îi consacră ultima sa carte de amintiri (*Erinnerungen an Sigmund Freud*). Articole importante au fost regrupate, traduse și publicate în limba franceză sub titlul *Introduction à l'analyse existentielle* (1971; reed. 1989). Lucrările sale cele mai marcante sunt *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie* (1922), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins* (1942), *Schizophrenie* (1957). În această din urmă lucrare se găsește *Cazul Suzan Urban* (trad.fr. în 1957, prefață de Binswanger).

BIOFEEDBACK (termen englez). **Tehnică comportamentală care, într-un scop terapeutic, vizează să stabilească un autocontrol asupra anumitor funcții fiziologice.** (Sinonim: retroacțiune biologică.)

În acest scop sunt culese și amplificate anumite ritmuri și reacții fiziologice care, cu ajutorul unui aparataj electronic, sunt traduse într-un semnal senzorial, cel mai adesea luminos sau sonor, imediat retransmis subiectului. Datorită informației pe care i-o aduce *feedback*-ul, subiectul este făcut conștient de funcționarea sa biologică și poate învăța să exercite treptat un anumit control asupra lui însuși.

Modul de acțiune al *feedback*-ului se explică printr-o schemă de condiționare operantă. Perceperea unui singur parametru biologic, de exemplu retransmisia prin electrocardiograf a ritmului cardiac sau prin electromiograf a unei activități musculare, nu ar reuși să-l facă pe subiect să dobândească acest control. Este necesar, dacă el este decis să vadă diminuând sau crescând ritmul său cardiac sau tensiunea unora dintre mușchii săi, ca orice modificare obținută, chiar infimă, dar totuși decelabilă prin dispozitivul de integrare a aparatajului electronic miniaturizat, să-i fie retransmisă imediat. Această transmisie se face prin intermediul unui semnal senzorial care acționează în termeni de condiționare operantă, ca un întăritor pozitiv și incitându-l pe subiect să dispună de organismul său în așa fel încât să facă să apară cel mai adesea și cât mai mult timp posibil acel întăritor. Cu toate acestea, procesele puse în joc în *biofeedback* apar ca fiind prea complexe pentru a fi analizate chiar prin teoriile învățării. Ele implică și alte procese; acestea sunt mediaționale și rămân încă slab explorare: ceea ce poate explica diversitatea rezultatelor obținute.

Aplicațiile clinice ale *biofeedback*-ului sunt foarte diverse: tulburări cardiovasculare, hipertensiune esențială, reeducare neuromusculară, cefalee de tensiune. Ele se extind la probleme gastrointestinale, de exemplu la diaree sau la constipație, după cum au abordat și insomniile, făcându-l pe pacient să ia cunoștință de ritmurile alfa sau de ritmurile de repaos ale undelor sale cerebrale. *Biofeedback*-ul, care își propune să-l învețe pe subiect să „stăpânească ritmurile corpului său" (B. Brown), pare să exercite asupra anxietății o acțiune sedativă neneglijabilă.

BIPOLAR (engl. *bipolar*). **Se spune despre evoluția alternantă a unei psihoze maniaco-depresive, trecând de la o stare de excitație (maniacă) la o stare depresivă (melancolică), cele două stări fiind separate printr-un interval de remisiune care poate merge de la câteva săptămâni la câțiva ani.**

Este clasic să fie opuse formele bipolare ale acestei psihoze, cu alternanța lor mai mult sau mai puțin regulată de accese maniace și accese depresive, formelor monopolare (sau unipolare), în cursul cărora bolnavii prezintă întotdeauna același tip de acces (fie depresiv, cel mai adesea, fie maniac, mai rar). Mulți psihiatri cred actualmente că termenul de *psihoză maniaco-depresivă* (creat de E.Kraepelin în 1899) ar trebui rezervat formelor bipolare. Într-adevăr, episoadele melancolice ale psihozelor periodice bipolare sunt de asemenea caracterizate clinic prin predominanța simptomatică a inhibiției psihomotorii, prin predominanța încetinirii și somnolenței, pe când acelea ale depresiilor recurente unipolare sunt marcate simptomatic „de importanța agitației anxioase" (J. Guelfi).

Ar exista deci două psihoze periodic diferite: cea bipolară, care singura ar merita numele de *psihoză maniaco-depresivă*, și cea monopolară, psihoză recurentă mai ales depresivă. Se pare, pe de altă parte, că distincția se face și la nivelul efectelor preventive ale litiului în ceea ce privește recidivele. Litioterapia pare mult mai eficace în cazul veritabilei psihoze periodice bipolare decât în cazul psihozei recurente.

BLEULER (Eugen). **Psihiatru elvețian (Zollikon, în apropiere de Zürich, 1857 — id., 1939).**

Și-a făcut studiile medicale la Zürich, înainte de a-și începe ucenicia în psihiatrie la Spitalul Waldau din Berna (cu Schaerer).

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI
PEDAGOGIE-PSIHOLOGIE

Își completează apoi formația la Paris, cu J. M. Charcot și V. Magnan, la München cu von Gudden și la Zürich, unde revine să-și termine asistența în serviciul universitar al lui A. Florel, la Burghölzli. În acest stabiliment psihiatric îi succede lui Forel în 1898, rămânând aici până la pensionarea sa, în 1927.

A fost în primul rând unul din primii psihiatri universitari care s-a interesat de psihanaliză. Concomitent cu asistentul său C. G. Jung, a stabilit relații cu S. Freud și a editat cu el *Jahrbuch für psychopatologische und psychoanalitische Forschungen*. În 1910 publică o apărare entuziastă a lui Freud. În 1912, însă, ca urmare a dezacordurilor dintre Freud și Jung, părăsește Asociația Psihanalitică Internațională și fondează cu Jung școala de la Zürich, numită după aceea *școala de psihologie analitică*.

Bleuler a introdus în psihanaliză mai ales noțiunea de *ambivalență*, adoptată imediat de Freud și discipolii săi. Ambivalența era pentru el unul dintre simptomele fundamentale ale schizofreniei, termen pe care îl utilizează pentru a-l înlocui pe acela de „demență precoce" impus de E. Kraepelin pentru a descrie acea psihoză cronică a cărei evoluție părea ineluctabil deficitară, demențială. Tocmai împotriva acestui pronostic atât de pesimist se ridică Bleuler. Pentru el, de fapt, nu numai funcțiile intelectuale rămân practic intacte la „dementul precoce", ci el conservă și o viață interioară foarte bogată. Maladia „schizofrenicului" (acesta este termenul pe care îl preferă Bleuler) nu este deci caracterizată prin dispariția și pierderea de activități psihice, ci prin lipsa lor de armonizare, prin disocierea mentală. Așa cum a scris fiul său, M. Bleuler, „această disociere se combină cu un amalgam de reprezentări, sentimente și tendințe contradictorii care se manifestă în gândirea, senzațiile și acțiunile schizofrenicului. Tocmai de aceea, Bleuler nu voia să includă cuvântul «demență» în denumirea maladiei și tot de aceea el dezaproba comparația demenței precoce cu demența senilă" (trad. de S. von de Fenn). Și deoarece această *dislocare* a proceselor interioare (germ. *Spaltung*; engl. *splitting*) nu este proprie unei singure maladii mentale, cum o voia Kraepelin în cazul demenței precoce, putem considera că multe afecțiuni psihice cu origini diferite sunt marcate de această disociație. Iată de ce Bleuler prefera să vorbească de „grupul schizofreniilor". Așa se explică titlul monografiei sale din 1911 pentru *Tratatul de psihiatrie* al lui Aschaffenburg, *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. El expune aici pentru prima dată concepțiile sale cu privire la această maladie, pe care ar fi putut la fel de bine să o numească „nebunie discordantă", cum o făcuse P. Chaslin, dacă ar fi avut cunoștință de lucrările sale, cum va spune-o adesea mai târziu.

Bleuler utilizează psihanaliza arătând că ea permite găsirea sensului unei întregi serii de simptome ale schizofreniei. Căci, pentru dânsul, această simptomatologie este expresia unei mișcări psihopatologice provocată de maladie. Dar numai simptomele „secundare" sunt analizabile. Simptomele „primare" trimit la procese organice și sunt deci inaccesibile oricărei cercetări a sensului. Căci, în pofida interesului său pentru interpretarea psihanalitică, Bleuler rămâne convins de originea organică a schizofreniei.

El confirmă aceasta în 1926, la congresul de la Lausanne, în singurul text pe care l-a scris în limba franceză despre

această maladie: „În toate cazurile pronunțate de schizofrenie se constată modificări anatomopatologice în creier, modificări cu un caracter suficient de determinat și care nu se găsesc nicidecum în celelalte psihoze. Intensitatea acestor modificări corespunde aproape cu gravitatea simptomelor primare [...]. Schizofrenia este astfel nu numai o entitate clinică, ci în același timp o entitate anatomopatologică." Vedem că el nu mai vorbește de „schizofrenii" la plural și că adoptă finalmente poziția unicistă și organicistă a lui Kraepelin, pe care o critică vehement în 1911.

Așadar, Bleuler a dat schizofreniei identitatea sa clinică și psihopatologică. Privilegiind însă organogeneza sa, el a justificat dintr-o dată toate tratamentele biologice care îi vor fi în mod sistematic aplicate începând din 1930.

BOALA ALZHEIMER (engl. *Alzheimer's disease*). **Demență presenilă descrisă pentru prima dată în 1906 de A. Alzheimer, care debutează către vârsta de 55 de ani, caracterizându-se printr-o deteriorare intelectuală progresivă și globală, produsă de o atrofie cerebrală difuză cu două caracteristici pe planul histopatologic: cromatoliza totală a celulelor nervoase, în care impregnările argentice arată o rețea puternic colorată (degenerescență neurofibrilară); frecvența plăcilor speciale argirofile, zise „senile".**

Clinic, *debutul* este lent, insidios, progresiv, adesea greu de precizat din punct de vedere cronologic. Este marcat de un deficit mnezic global, care se agravează lent, fără fabulație și fără falsă recunoaștere (le acest stadiu) și de o dezorientare spațială dintr-o dată destul de intensă. Încă de la acest stadiu este de notat un deficit mental global. Activitatea psihomotorie este încetinită, cu apatie progresivă și indiferență, presărată uneori de accese de furie sau de anxietate. De notat mai este uneori un debut cu tulburări psihotice de tip confuzo-oniric, halucinații diverse sau idei delirante puțin structurate, pe teme de prejudiciu sau de gelozie. În unele cazuri tabloul simptomatologic este deschis de o depresie cronică. Încă de pe acum poate fi afectată gândirea simbolică. Această deteriorare este responsabilă de apraxii, disgrafii, dislexii și chiar, uneori, de tulburări de limbaj. Nu este vorba de veritabile apraxii sau afazii, ci de dificultăți în înțelegerea simbolică a consemnelor și în activitatea operatorie. Deficit de gândire cu reprezentări, operatorie și instrumentală.

În *perioada de stare*, care nu survine decât după câțiva ani, demența este profundă, masivă, referindu-se atât la funcțiile intelectuale superioare, judecată, abstracție, sinteză, cât și la funcțiile elementare. Memoria este considerabil alterată, cu un deficit global privind funcțiile de fixare și rememorare. Atenția spontană și provocată este serios afectată. Tulburările de orientare temporo-spațială sunt foarte intense și realizează un simptom dominant; orientarea în spațiul imediat este cea mai perturbată: bolnavii se pierd mereu în apartamentul lor sau în spitalul unde au fost internați.

Dispariția completă a activităților operatorii și simbolice se asociază în acest caz cu o deteriorare a gândirii reprezentative formale, ceea ce determină un veritabil sindrom afazo-aproxo-agnozic (J. de Ajuriaguerra).

Afazia, de tip senzorial, este caracterizată de o pierdere completă a comprehensiunii simbolice. Este de notat ecolalia, care nu este decât răspunsul formal „în ecou" al întrebării puse, și palilalia, repetiție de silabe, de cuvinte sau de scurte fraze,

prin asociație pur formală, emisiunea unui cuvânt determinând imediat „ecoul" său. Aceste tulburări se însoțesc de o jargonafazie neinteligibilă. Aceasta din urmă poate fi considerată ca o „inconștiență a afaziei", dacă admitem că afazia senzorială este inițială (ceea ce este cazul în unele afecțiuni cerebrale vasculare). Aici afazia este mai mult consecința deteriorării globale și pare mai exact să vorbim de „pseudoafazie". Cititul și scrisul rămân uneori posibile, dar pe un plan pur formal și automat, citire silabică, scris-copie, fără înțelegerea sensului; nu putem vorbi decât de „pseudoafazie" și de „pseudoagrafie".

Dispariția funcțiilor operatorii determină tulburări praxice foarte importante. Apraxia ideatorie este manifestă, cu conservarea unor gesturi automate (chibritul este frecat de cutie, dar doar din întâmplare acolo unde trebuie). Există o apraxie a îmbrăcării aproape completă. În copierea unui desen rezultatele sunt extrem de mediocre. Se notează adesea fenomenul *closing-in*. Tulburările gnostice sunt, bineînțeles, foarte marcate: recunoaștere imperfectă a culorilor, agnozie pentru forme și uneori pentru fizionomii, agnozia spațială coexistând cu o apraxie geometrică și cu tulburări ale schemei corporale.

Pe planul comportamentului, încetinirea psihomotorie duce la un apragmatism din ce în ce mai total, cu apariția, mai ales nocturnă, a unor crize de agitație intensă.

Sunt adesea semnalate tulburări psihotice: idei delirante slab structurate, pe teme de prejudiciu, de gelozie, de persecuție, însoțite sau nu de fenomene halucinatorii. Agresivitatea față de anturaj sau față de propria sa imagine speculară este adesea datorată falselor recunoașteri sau nerecunoașterii unor fizionomii familiare, subiectul având impresia că se găsește într-un mediu străin și ostil.

J. Delay și S. Brion notează că „conștiința tulburării morbide este în mod paradoxal destul de multă vreme conservată, în pofida demenței, și a putut determina accese depresive reacționale". Aceste reacții „catastrofice" sunt foarte semnificative și se opun indiferenței funciare a subiecților care suferă de maladia Pick.

„În sfârșit, un alt element propriu bolii Alzheimer este o anumită variabilitate a tulburărilor, cu exagerarea sau atenuarea lor, timp de câteva zile sau săptămâni, variabilitate tranzitorie, care nu modifică cu nimic progresia inexorabilă a afecțiunii" (Delay și Brion).

Manifestările neurologice sunt esențialmente reprezentate de o hipertonie (exces de tensiune musculară) cu akinezie, realizând un aspect pseudoparkinsonian, care se accentuează progresiv. Un *grasping-reflex* apare tardiv, în unele cazuri. Crizele comițiale sunt, clasic, destul de frecvente.

În sfârșit, în *perioada terminală*, maladia evoluează spre o stare demențială profundă, cu apragmatism și ramolisment complet, cu apariția de comportamente arhaice (reflex oral, bulimie) și diminuarea progresivă a jargonafaziei spre un mutism total. Hipertonia poate deveni în unele cazuri o veritabilă rigiditate de decerebrare. Caşexia (slăbire extremă) însoțește atunci starea de zacere la pat, iar moartea survine în cursul unei afecțiuni intercurente și a unor complicații de decubitus (escare, afecțiuni pulmonare).

Evoluția totală durează de la doi la cinci ani, rareori mai mult de zece ani.

Boala Alzheimer, prin leziunile sale cerebrale difuze, reprezintă astfel cazul tipic al deteriorării progresive și globale a funcțiilor activității nervoase superioare. Ea se

adaptează perfect la o schemă de dezorganizare progresivă a funcțiilor, în așa măsură încât Ajuriaguerra a putut vorbi de „alzheimerizarea" progresivă a demențelor atât presenile cât și senile. Tocmai în această perspectivă există, de câțiva ani, tendința de a confunda, în același cadru nosologic al unei „demențe degenerative primare", demența presenilă Alzheimer *stricto sensu* și demențele senile degenerative mai tardive. Se vorbește în acest caz de „demența senilă tip Alzheimer" (SDAT), diferența dintre cele două afecțiuni nemaifiind reprezentată decât de vârsta la care ele apar.

Etiologia acestor demențe degenerative primare rămâne încă insuficient cunoscută: predispoziție ereditară, factori congenitali (o apropiere cu trisomia 21 s-a arătat la un moment dat promițătoare, dar nu a putut fi confirmată), tulburări metabolice diverse, infecție cu virusuri lente etc. Toate aceste cauze rămân încă ipoteze de cercetare. Îmbătrânirea progresivă a populației occidentale a făcut ca această afecțiune redutabilă să fie din ce în ce mai frecventă, neexistând încă pentru ea, deci, o posibilă profilaxie. Doar o îngrijire medicopsihologică intensivă a pacientului, vizând menținerea sa timp cât mai îndelungat în cadrul său de viață (spre a se evita o decădere psihică), un ajutor al familiei, o organizare de asistență medicosocială foarte diversificată permit să se întârzie o evoluție din nefericire ineluctabilă.

Bibl.: Signoret, J. L., Hauw, J. J., *Maladie d'Alzheimer et autres démences*, Flammarion, Paris, 1991.

BOALA CREUTZFELDT–JAKOB

(engl. *Creutzfeldt–Jakob disease*). **Demență presenilă caracterizată printr-o deteriorare psihică asociată cu mioclonii, o hipertonie generalizată și tulburări ataxice, de origine infecțioasă și transmisibilă la unele primate apropiate de om.**

Simptomatologia particulară a acestei demențe a fost bine precizată de la primele cercetări: observația originală a lui H.G. Creutzfeldt, în 1920, memoriul lui A. Jakob, în 1921, privind trei cazuri anatomoclinice. Asocierea de tulburări piramidale, de semne extrapiramidale, cu mișcări anormale, tulburări psihice de tip demență cu evoluție rapidă constituie esențialul tabloului clinic al acestei afecțiuni calificată drept pseudoscleroză spastică de către Jakob, degenerescență cortico-striospinală de către D. C. Wilson, în timp ce Spielmeyer propune denumirea de boala Creutzfeldt–Jakob.

Considerată multă vreme o boală degenerativă, această maladie, care nu afecta decât omul, a putut fi transmisă la cimpanzeu în 1960 și în 1969 (C. J. Hibbs și D. C. Gaidusek). Ea s-ar încadra în encefalopatiile spongiforme de natură infecțioasă. Agentul infecțios nu a fost totuși încă izolat; ar putea fi vorba de un virus lent. S-a evocat și o transmitere ereditară autosomală. Ar exista la nivelul A.D.N. codant pentru proteina prion o modificare unică de nucleotidă în primă poziție a codonului 200, ducând la o substituire a lizinei cu glutamina (Hsiao, Gabizon).

BOALA GAYET–WERNICKE

(engl. *Wernicke's Encephalopathy*). **Afecțiune carențială (avitaminoza B1) care poate surveni la un alcoolic puternic intoxicat și caracterizat din punct de vedere anatomopatologic prin lexiuni ale substanței cenușii din jurul ventriculilor III și IV și tuberculilor mamilari.**

Clinic, debutul bolii este marcat de tulburări ale conștiinței (obnubilare, lentoare ideatică, dezorientare, somnolență), urmate de tulburări de echilibru și paralizii oculomotorii.

Dacă nu este instituit un tratament de aport vitaminic și protidic, evoluția spre cașexie și moarte este rapidă. O psihoză Korsakov îi poate succede acestei encefalopatii, cronicizându-se.

BOALA GILLES DE LA TOURETTE (engl. *Gilles de la Tourette's syndrome*). **Maladie caracterizată în primul rând prin ticuri și necoordonări motorii, iar secundar prin ecolalie și coprolalie.**

În 1885, Gilles de la Tourette publica *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordonation motrice, accompagnée d'echolalie et de coprolalie.* Cauzele declanșatoare ocazionale pot fi emoțiile, în special frica, dar cauza veritabilă este, susține autorul, ereditatea. Boala aceasta există pretutindeni pe glob. Ea debutează întotdeauna printr-o necoordonare motorie. Mișcările necoordonate, numite „ticuri" de către J.M. Charcot, sunt secuse musculare care încep cel mai adesea la față sau la unul din membrele superioare, ale cărui degete se întind și se flectează; umerii se ridică, gâtul se înclină. La nivelul feței, ochii clipesc anormal, gura se deformează. Uneori dinții scrâșnesc, ca urmare a contracției maseterilor. În sfârșit, bolnavul bate din picior, se apleacă, se redresează, dar mai ales țopăie. Toate aceste mișcări sunt executate în mod simultan sau alternativ, cu o foarte mare rapiditate. Somnul face să dispară secusele.

Secundar apar ecolalia și coprolalia. În timpul secuselor musculare, bolnavul scoate un strigăt nearticulat sau articulat, uneori cu caracter ecolalic. El este perfect conștient de ceea ce face și caută să împiedice imitația, însă fără a reuși. Această irezistibilă capacitate de imitație îi poate pune uneori pe bolnavi într-o situație periculoasă, pentru ei înșiși sau pentru ceilalți. Ecolalia se asociază aproape la toți bolnavii cu coprolalia care, pentru Gilles de la Tourette, este semnul caracteristic al maladiei. Pacientul proferează cu voce tare cuvinte uneori obscene, pe care ar dori să le evite, întotdeauna cu ocazia unui acces de ticuri. Aceste cuvinte, rostite involuntar uneori în fața unor persoane pe care bolnavul le iubește mult, nu sunt niciodată însoțite de gesturi pe măsura semnificației lor. În concluzie, evoluția maladiei este făcută din alternanța de exacerbări și acalmii, fără ca vindecarea completă să poată surveni în cazul în care cele trei simptome (necoordonare motorie, ecolalie, coprolalie) sunt prezente. Trebuie totuși de notat că sănătatea fizică a pacienților este păstrată.

La mai bine de o sută de ani de la această descriere, există o ascuțită polemică în ceea ce privește etiologia bolii. Pentru unii autori psihanaliști există o întrudire între această boală și nevrozele copilului. S. Freud apropia ticurile de isteria de conversiune (el vorbește de convulsiunea vorbirii). Pe urmele sale, S. Ferenczi caută în tic amintirea traumatismului organic. Autorul ticurilor (*le tiqueur*), copleșit de excitații impulsionale intense, ar căuta să se debaraseze de excitație prin contracții musculare. S. Lebovici consideră că ticurile se pot înscrie în cadrul isteriei prenevrotice care comportă puține simptome mentale la copil. Această organizare poate evolua, în cursul fazei de latență, către nevroza fobică sau obsesională. Cealaltă tentativă de înțelegere a bolii se bazează pe

neurofiziologie. Existența de semne neurologice minore, de tulburări nonspecifice ale electroencefalogramei și dominanța laterală rău definită îi încurajează pe unii autori, mai ales nord-americani, în cercetările lor de etiologie organică cerebrală. Cu toate acestea, nici o leziune nu a putut fi pusă în evidență, în pofida mijloacelor moderne de investigație, care nu au permis decât presupunerea unei activități particulare a nucleilor cenușii centrali. Utilizarea de neuroleptice a fost propusă cu succes în câteva cazuri. Lucrul acesta este de ajuns, pentru unii, ca să lege etiologia bolii de o hiperactivitate a neuromediatorilor.

BOALA MARCHIAFAVA–BIGNAMI (engl. *Marchiafava–Bignami disease*). **Varietate de encefalopatie alcoolică, pe plan anatomic caracterizată de o necroză axială a corpului calos, bandă de substanță albă care leagă cele două emisfere cerebrale.**

Această varietate rară de encefalopatie a fost mai întâi descrisă la alcoolicii cronici băutori de vin roșu italian. Tabloul cuprinde inițial o stare psihotică acută, cu agitație, confuzie mentală, ataxie și apraxie. Pe măsură ce progresează leziunile anatomice, pacientul devine, dimpotrivă, apatic și abulic, suferind de tulburări de atenție. O demență ar fi observată în aproximativ 30% din cazuri. Pacientul poate prezenta tulburări de tonus muscular, o paralizie oculară, chiar hemiplegie. Evoluția conduce, în general, la deces, precedat de o fază de convulsii sau de comă; afecțiunea, însă, se poate uneori vindeca în câteva luni. Etiologia precisă a bolii rămâne necunoscută. La început au fost incriminate unele impurități metalice conținute în vin, dar același tablou a fost observat și în cazul consumării altor tipuri de alcool. Avitaminoza ar putea juca același rol neurotoxic ca și în alte encefalopatii.

BOALA PARKINSON (engl. *Parkinson's disease).* **Afecțiune neurologică datorată unei degenerescențe a substanței negre (*locus niger*), care determină îndeosebi un deficit dopaminergic marcat.**

Trei semne clinice majore caracterizează această maladie: tremurat de rapaus, care afectează în special mâinile, rigiditate, akinezie (dificultatea de a declanșa o mișcare voluntară). Se observă adesea anomalii ale posturii și mersului, precum și tulburări psihice. Această boală, a cărei cauză este necunoscută, afectează îndeosebi persoanele în vârstă.

BOALA PICK (engl. *Pick's disease*). **Demență presenilă, caracterizată clinic printr-o deteriorare mentală progresivă, cu tulburări de dispoziție, fără afectarea orientării spațiale (la debut), iar anatomic printr-o atrofie cerebrală localizată în regiuni frontale și temporale (cu excluderea primei circumvoluții temporale).**

Boala Pick a fost individualizată în 1892 de către medicul ceh A. Pick(1867–1926). Este o demență de tip frontal care afectează, la debut, îndeosebi „stocul de idei", care este redus, și funcțiile intelectuale superioare (abstractizare, judecată, autocritică). Dar facultățile elementare și funcțiile mnezice sunt conservate și nu există tulburare de orientare spațială. Activitatea este cel mai adesea redusă, cu apatie, aspontaneitate, pierderea inițiativei, ceea ce adesea conduce la forma „akinetică" descrisă de Schneider. Stereotipiile sunt obișnuite, afectând limbajul (repetarea de

fraze identice, de refrene) și comportamentul.

Este clasic să se considere că tulburările de dispoziție merg în sensul euforiei neghioabe și puerile, de tipul moriei întâlnite în sindroamele frontale. Într-adevăr, există destul de des debuturi de tipul depresiei cronice, cu apragmatism, pierdere a oricărei inițiative, considerată în acest caz o „melancolie de involuție". Este de notat, în sfârșit, încă din faza de debut, o bulimie destul de frecventă, cu lăcomia extrem de caracteristică. Această fază se prelungește timp de doi până la cinci ani, spre a se încheia cu tabloul perioadei de stare, caracterizat printr-o demență asociată cu un sindrom frontal și tulburări de limbaj. Inexpresivitatea este frecventă, cu fizionomie încremenită și „amimie" foarte caracteristică. În cursul acestei deteriorări progresive se poate asista, mai puțin net decât în boala Alzheimer*, la distrucția gândirii simbolice, cu apariția de asociații pur formale care produc ecolalie și palilalie, ca și la pierderea progresivă a funcțiilor operatorii care conduc la tulburări apraxice și agnostice.

Acestea din urmă, însă, nu apar decât la un stadiu relativ tardiv, fără a se putea considera că ecolalia, palilalia sau un sindrom afazo-apraxo-agnozic ar fi, cum s-a crezut, semne specifice bolii Pick. Ele nu fac decât să însoțească procesul demențial, nesurvenind decât tardiv, atunci când de fapt nu avem de-a face decât cu o boală Alzheimer luată pe nedrept ca boală Pick. În consecință, semnele cele mai caracteristice ale acesteia sunt reducerea progresivă a vocabularului, stereotipiile, aspontaneitatea și inexpresivitatea. Persistența unei orientări în spațiul imediat și absența de tulburări psihotice ar avea, după J. Delay, o anumită valoare de semne negative.

La un stadiu avansat, demența devi din ce în ce mai completă: indiferență tală, inerție, amimie și mutism. Stere tipiile devin foarte sărace și rare. Ap tulburări de tonus, contracturi în flex membrelor inferioare și comportamen automate foarte arhaice, de sugere, de m ticație, de *deschidere a gurii* (engl. o *reflex*). Faza terminală este identică aceea a bolii Alzheimer, moartea survenin într-un marasm de zăcere la pat, în urm unei afecțiuni intercurente sau a un complicații de decubitus, la trei până zece ani de la debutul afecțiunii.

Ca și în boala Alzheimer, etiologia r mâne nedeterminată, iar diferitele cauz incriminate rămân pentru moment ipotez de cercetare. Cât despre tratament, acest este identic cu acela al bolii Alzheimer Doar tulburările de dispoziție justifică, în plus, prescrierea de medicamente neuro leptice sedative și antidepresive.

BOALĂ MENTALĂ (engl. *mental illness*). → NEBUNIE; PSIHIATRIE.

BORDERLINE (engl. *borderline case*). **Caz limită care se definește pe planul nosologic și structural ca intermediar sau „la frontiera" între o structură nevrotică și o structură psihotică.**

Este deci vorba de tulburări mentale a căror poziție nosografică rămâne destul de ambiguă: termenii de *psihonevroze grave*, pe de o parte, de *schizofrenii pseudonevrotice*, pe de alta, au putut, într-o vreme, să le situeze pe plan diagnostic. Dar noțiunea s-a mai precizat îndeosebi la nivelul structurii personalității o dată cu lucrările lui O. Kernberg și H. Kohut în Statele Unite, ale lui J. Bergeret în Franța. Se vorbește în prezent de *personnalités limites* și

états limites, iar anglicismul tinde să fie treptat suprimat.

BOVARISM (fr. *bovarysme;* engl. *bovarism*). **Comportament al unui subiect la care insatisfacția, mai ales psihoafectivă, determină dedarea la reverii diurne în care acesta își crează o imagine deosebit de strălucită, irealistă și avantajoasă într-un plan compensatoriu.**

Termenul, introdus de J. de Gaultier, pornind de la numele eroinei romanului lui G. Flaubert, descrie o conduită nevrotică narcisică, asociată cu o perturbare a funcției realului și cu o exagerare a activităților imaginative, frecventă la isterici (J. Delay) și în unele stări limită cu sistem de idealizare defensiv („Sinele grandios" a lui H. Kohut).

BRADIKINEZIE (engl. *bradykinesia*). **Încetinire globală a mișcărilor și activităților psihomotorii, fără patologie neurologică.**

Bradikinezia se întâlnește în boala Parkinson și în sechelele encefalitei epidemice și poate merge uneori până la akinezie (cu kinezii paradoxale sub efectul unor emoții).

BRADIPSIHIE (engl. *bradypsychism*). **Încetinire a gândirii, cu diminuarea atenției voluntare, a interesului spontan și a inițiativei.**

Este o lentoare a proceselor psihice pe care o observăm în stările confuzo-demențiale, în sechelele de encefalită epidemică, în epilepsie și în unele maladii neurologice ca boala Parkinson. Trebuie deosebită de deteriorarea intelectuală, care nu o însoțește în mod necesar.

BRĂESCU (Alexandru). **Psihiatru român (Zeletin, județul Bacău, 1860 – Iași, 1917).**

După absolvirea Facultății de medicină la Iași și obținerea doctoratului cu o teză pe tema nefritelor (1892), s-a format ca neurolog și psihiatru la Paris, sub îndrumarea lui J. Déjérine, P. Marie și a altora. A studiat modul de organizare și funcționare a stabilimentelor psihiatrice în mai multe țări europene. În 1899 a devenit șeful catedrei de psihiatrie din capitala Moldovei, din 1903 și-a desfășurat activitatea la ospiciul Golia, iar în 1905 a fost numit director al primului mare spital modern de psihiatrie din România, „Socola", pe care l-a condus până la enigmatica sa moarte (27 februarie 1917), în legătură cu care s-au formulat multiple ipoteze (tifos exantematic, asasinat, suicid...). Dintre scrierile sale citățm: *Întrebuințarea electricității în medicină* (1895); *Contribuție la studiul clinic al polinevritelor* (1896); *Tratamentul psihozelor acute prin repaus la pat* (1899); *Asistența alienaților în Scoția* (1902); *Cum sunt considerați și asistați alienații în România* (1903).

BRÂNZEI (Petre). **Psihiatru român (Țibănești, județul Iași, 1916 – Iași, 1985).**

Încă din anii studiilor medicale la Iași l-a interesat în mod deosebit domeniul bolilor mintale, așa încât s-a instalat de timpuriu ca intern la Spitalul „Socola", unde în 1964 avea să devină director, funcție pe care a îndeplinit-o până la moarte. A fost, totodată, șeful catedrei de psihiatrie din capitala Moldovei și mentorul întregii rețele psihiatrice din această parte a țării. Sub patronajul său a luat ființă și a funcționat cu rezultate remarcabile baza de studii pilot EURO-OMS „Socola" Iași. L-a interesat,

între altele, problema paludoterapiei în psihoza hipotimică discordantă, incidența suicidului în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" în perioada 1959–1979, a inițiat vaste studii epidemiologice și a testat mijloace farmacologice de suprimare a stării de adicție la droguri, ca și de tratare a alcoolismului și alcoolofiliei. Scrieri principale: *Contribuție la studiul lichidului cefalorahidian în clinica psihiatrică* (1967); *Itinerar psihiatric* (1975); *Séquences de la vie de l'Hopital „Socola"* (1980); *Psihiatrie*, în colaborare cu Aurelia Sârbu (1981).

BREAK-DOWN (termen englez). **Prăbușire a activității mentale, în raport cu o stare depresivă.**

Termenul *break-down* este de fapt sinonim al termenului „depresie nervoasă" în limbajul popular anglo-american și a intrat în vocabularul psihiatric spre a califica anumite forme de depresii subacute datorate epuizării sau surmenajului. La adolescent și în cadrul unor stări limită, M.R. Laufer vorbește de „*break-down* la adolescență" pentru a caracteriza o anumită fragilitate a personalității: „amenințare permanentă de ruptură în continuitatea reprezentării de sine și a imaginii de sine (în particular imaginea corpului) și în continuitatea investirilor de sine și de obiect", predispunând la decompensări psihotice.

BROWN SUGAR (termen englez). **Varietate impură de heroină, numită astfel din cauza aspectului ei cafeniu-închis.**

În anii 1970, heroina *brown* trecea drept un succedaneu net inferior al heroinei *white*. Difuzarea actuală a heroinei face ca diversele varietăți în circulație să difere nu prin puritate, ci prin substanțele alese pentru a o suprima. De la o perioadă la alta, „bruna" va fi mai bună sau mai [illegible] decât „alba", „roza", „iraniana" etc.

BULB sau **BULB RAHIDIAN** (en[illegible] *bulb*). **Partea trunchiului cerebral c[illegible] continuă extremitatea superioară [illegible] măduvei spinării, traversează gau[illegible] occipitală și se termină unindu-se [illegible] protuberanța inelară.**

BULIMIE (engl. *bulimia*). **Tulburare [illegible] comportament caracterizată prin acce[illegible] incoercibile de foame excesivă, cu a[illegible] sorbție masivă și neîntreruptă de ma[illegible] cantități de hrană, urmate de vomi[illegible] mente provocate sau de adormire.**

Greutatea subiectului este normală s[illegible] fluctuantă, din cauza tentativelor de a sl[illegible] prin regim alimentar sau medicament[illegible] Accesele se însoțesc adesea de o dispozi[illegible] depresivă și de culpabilitate. Este vorba [illegible] o entitate psihiatrică individualizată recen[illegible] de origine nord-americană. Clasic, bulim[illegible] corespunde consumului exagerat de a[illegible] mente legat de o foame de nepotolit. Es[illegible] de recunoscut în anumite forme de pato[illegible] logii mentale, cum este schizofrenia s[illegible] unele demențe. Interesul suscitat de anor[illegible] rexia mentală și de tratamentul ei, în an[illegible] 1960–1970, a permis recunoașterea condu[illegible] itelor bulimice pe parcursul anorexiei[illegible] Alternanța de episoade de bulimie și d[illegible] anorexie a fost de altfel subliniată de uni[illegible] autori sub numele de „bulimiarexie". Con[illegible] duitele bulimice se întâlnesc mai ales l[illegible] tinerele studente sau la tinerele care exer[illegible] cită profesii care valorizează estetica (mane[illegible] chine, dansatoare). Se pare că există o net[illegible] proliferare a acestor conduite în țările[illegible] occidentale (unii autori vorbesc de 7–20%[illegible] dintre adolescente și tinerele adulte).

Forma tipică este bulimia normoponde[illegible] rală cu vomismente. Declanșarea accesului[illegible]

este adesea brutală: acesta se desfășoară, independent de mese, la sfârșitul zilei sau după o dispută. Pacientul se izolează, ingerează mari cantități de alimente bogate în calorii (uneori peste 10 000 de calorii sunt absorbite sub formă de pâine, unt, paste și ciocolată). Adesea pacientul resimte în asemenea cazuri dureri abdominale, o senzație de indispoziție, un sentiment de rușine și o frică patologică de a se îngrășa, ceea ce favorizează abuzul de laxative, de produse care taie pofta de mâncare, lansându-se în hiperactivitate. El este conștient de caracterul anormal al comportamentului său și își provoacă vomismente, care pot deveni automate. Accesele se pot produce de mai multe ori pe săptămână sau chiar se pot succeda în cursul unei singure zile.

Tulburările psihologice asociate cel mai frecvent sunt o stare depresivă, uneori tentative de sinucidere, anxietate și intoleranță la frustrări și la singurătate. Personalitatea bulimicilor o evocă pe aceea a unor stări limită, cu trăsături nevrotice variate. Impulsivitatea și ușurința trecerii la act sunt cele care jenează demersurile terapeutice. Pacientul recurge la alcool, la droguri și la medicamente pentru a lupta contra angoasei și a dificultăților sale. Această conduită apare cel mai adesea la sfârșitul pubertății și se poate prelungi ani în șir. Ecoul familial, social și profesional este considerabil. Pe plan fizic este mai puțin aparent decât acela al anorexiei, dar identificăm prejudicii biologice legate de abuzul de laxative și diuretice. Leziunile digestive (mai ales gastrice) sunt frecvente.

Psihopatologia bulimiei rămâne încă greu de stabilit. Unii autori (P. Jeammet) insistă asupra importanței relației de dependență a pacientului față de anturaj. El este în același timp „foarte sensibil la atitudinile semenului și capabil să se opună și să ducă la eșec orice tentativă de a-l face să se schimbe". Această dependență ar fi de pus în raport cu un eșec relativ al proceselor de interiorizare a primelor relații ale copilului cu anturajul, în special cu mama. Pentru alții pe prim-plan se situează factorii biologici și numeroase studii au căutat să raporteze aceste conduite la tulburările de dispoziție, trăgând concluzii din factorii familiali, din marcatorii biologici ai depresiei, din răspunsul unor pacienți la chimioterapiile antidepresive. Tratamentul este deci dificil si necesită obținerea colaborării pacientului. Uneori este necesară spitalizarea, dar aceasta are o eficacitate limitată în timp. Tratamentul antidepresiv este uneori eficace. Abordarea dietetică este indispensabilă, la fel ca și terapiile de grup, mai ales acelea generate de pacienții înșiși. Psihoterapiile de inspirație psihanalitică, psihoterapii care vizează o modificare a personalității subiacente, necesită pregătire și terapeuți experimentați. Scopul este să se evite sau să se restrângă dezinserția socială a pacienților și limitarea investirilor acestora.

Bibl.: Igoin, L., *La boulimie et son infortune*, P.U.F., Paris, 1979; Laxenaire, M., *La nourriture, la société et le médecin*, Masson, Paris, 1983; Samuel-Lajéunesse, B., Fass, D., „La boulimie, symptome ou syndrome?", in *Annales médico-psychologiques*, 142, no 1, 1984, pp. 1–23.

BUTON SINAPTIC (engl. *synaptic knob, button*). **Extremitate a fiecăreia dintre ramificațiile axonului celulei nervoase, având forma unei mici sfere, bogată în mitoocondrii și în vezicule sinaptice.**

Butonii sinaptici mai sunt denumiți și *butoni terminali* (engl. *end buttons*).

C

CACOFAGIE (engl. *cacophagia*). **Comportament patologic caracterizat prin ingestia orală de substanțe improprii consumului alimentar.**

Acest cuvânt a înlocuit termenul aproape abandonat *pica**.

CAFEISM (engl. *coffee dependence* sau *coffee addiction*). **Obișnuire la cafea sau efecte ale unui consum abuziv de cafea.**

CAFEAUA. Cultivată în nord-estul Africii încă din evul mediu, cafeaua este fără îndoială substanța psihotropă cea mai răspândită din lume. Din Arabia și Turcia (originea cuvântului este arabă), ea a început a se răspândi în Europa de pe la sfârșitul secolului al XVI-lea: cunoscută ca medicament din 1570, ea a devenit populară ca drog de confort și de convivialitate. Primul debit specializat — prima cafenea — ar fi fost deschisă la Veneția în 1683.

În pofida polemicilor privind pericolul consumării ei sau caracterul pasager al acestei mode, cafeaua a devenit unul din produsele de bază în schimburile internaționale. Actualmente este cultivată mai ales în Brazilia, Columbia, Coasta d Fildeș și în Etiopia.

CAFEINA. Principiul activ al cafelei cafeina, a fost izolat în 1820. Ea se găsește și în ceai, cacao (ciocolată), nuca de col Numeroase băuturi nealcoolice conți cafeină.

Cafeina este un stimulent psihic (nooana lepticul lui J. Delay și P. Deniker sau *excitantia* a lui K. Lewin). Principala sa acțiune este creșterea vigilității, diminuarea duratei și profunzimii somnului. Pe plan fizic, produce tahicardie și tremurături. În doze mari survin cefalei și chiar convulsii. În doze obișnuite, acțiunea se exercită la câteva minute după ingestie și durează câteva ore.

CAFEINOMANIE? Dacă efectele pe termen scurt ale cafeinei sunt bine cunoscute, ecoul cafeismului cronic asupra psihismului este discutat. Unii autori, în prima jumătate a secolului XX, au inclus cafeismul în geneza paranoiei (fără îndoială, din cauza exacerbării vigilității și a ușurinței în interpretarea evenimentelor, comune celor două „patologii"). Acestei vechi teorii i se

substituie azi altele, pe marginea existenței unor stări psihotice interpretative induse de noanaleptice puternice, ca amfetaminele sau cocaina.

De fapt, cafeismul cronic este azi adesea redus la o obișnuire la cafeină, cu apariția, pentru unii autori, chiar a unei dependențe fizice: sevrajul duce în acest caz la cefalei importante, cu oboseală și iritare.

Efectele intoxicației cronice sunt îndeosebi insomnia durabilă și creșterea anxietății. Dacă recursul la cafea nu constituie un „flagel social" și nu este realmente sursă de toxicomanie, obișnuirea poate în schimb să ducă la sporirea dificultăților psihologice ale unor subiecți.

CANABISM (engl. *cannabis addiction*). **Intoxicare acută sau prelungită cu cânepă indiană (*Cannabis sativa*) sau cu derivați ai acesteia.**

CANABIS. *Cânepa indiană* sau *Cannabis sativa* este o plantă din familia erbaceelor, care poate atinge până la 4 m înălțime și care poate fi cultivată pe toată suprafața globului. Rabelais celebrează în al său *Pantagruelion* utilitatea cânepei ca plantă bună la toate. Trebuie să distingem cânepa textilă din țările temperate, bogată în fibre (utilizate pentru fabricarea de funii), de cânepa tropicală, mai bogată în rășină și deci cu o acțiune psihotropă mai ridicată. Principiul ei activ este tetrahidrocanabinolul și tocmai în variatele concentrații ale THC stau diferențele de efect ale preparatelor din canabis: frunzele uscate și tocate constituie *iarba* sau *marijuana, kif* în Africa de Nord. Ea este cel mai adesea fumată sub formă de *„joint"* sau de *„stick"*; hașișul, *shit*, este rășina de canabis (în India, *charas*). Poate fi fumat în pipe speciale (*chilom*) sau în „joint", amestecat cu tutun. Poate, de asemenea, să fie ingerat sub formă de băuturi, de dulciuri, de dulcețuri.

ISTORIC. Efectele cânepei erau cunoscute din cele mai vechi timpuri în China, în India, în Asiria. Multiplicitatea utilizărilor se asociază cu polemici pe marginea acestora. Medicament în China antică (ca anestezic și sedativ), substanță sacră la hinduși, ajutând la interiorizare, la meditație, sciții au utilizat-o în ceremonii religioase. Egiptenii, grecii, romanii cunoșteau folosința și proprietățile cânepei. Dioscoride ar fi prescris-o ca euforizant și afrodiziac, Galen subliniind pericolul unui consum abuziv.

În India, canabis a fost mai ales acuzată că încurajează pasivitatea și supunerea. Dar la fel de bine poate fi făcută responsabilă de violență, de exaltarea virtuților războinice, ca în istoria secolului al XI-lea, relatată de Marco Polo, a „bătrânului din munți".

Consumul de canabis s-a răspândit în toată lumea arabă. În Europa, interesul pentru această plantă exotică a crescut după expediția lui Bonaparte în Egipt. Către 1840, în Franța, „clubul hașișienilor" consacră canabisul ca drog al literaților. Inițiații se reuneau pentru a consuma acolo „Dawamesk", dulceață cu hașiș. Balzac a refuzat să guste, în timp ce Théophile Gautier a putut scrie despre experiențele sale povestiri extrem de „psihedelice". Baudélaire a denunțat hașișul, „demon dezordonat", contrar opiului, calmant. Psihiatrul J. Moreau de Tours a devenit unul dintre pionierii experimentării psihofarmacologice, cercetând legăturile dintre efectele canabisului și visele și delirurile bolnavilor mintali.

EFECTELE CANABISULUI. Beția cannabică, într-o primă fază, constă dintr-o senzație de plutire, cel mai adesea agreabilă.

Subiectul își păstrează luciditatea, ba chiar are impresia că toate senzațiile sale și inteligența îi sunt exacerbate. După aceea, mai ales în cazul unor doze ridicate, survin distorsiuni, modificări de percepție, sinestezii, chiar fenomene halucinatorii. După acel „*high*" sau acea „planare", subiectul intră în repaus și poate dormi fără a cădea în mahmureală, ca în cazul alcoolului.

Pe plan fizic această experiență determină o anumită midriază și o roșire a conjunctivelor, o ușoară tahicardie și o hipoglicemie care ar sta la originea foamei mereu prezente.

Două aspecte importante ale acestui voiaj sunt modificarea percepției timpului (care pare a se derula foarte încet) și a sugestibilității. Acest din urmă aspect explică acea contagiune de euforie care survine în grupurile în care circulă un „*joint*". Aceste efecte sunt resimțite diferit, potrivit cu ambianța și experiența utilizatorului. În condiții proaste sau pentru un novice anxios experiența va putea fi extrem de angoasantă, dezagreabilă: pot surveni în acest caz vertije, grețuri. În mod curios, se pare chiar că există un fenomen invers toleranței sau obișnuirii: efectele sunt mai rapide și mai controlabile atunci când subiectul este un obișnuit, un *Pot Head*.

Riscurile de utilizare prelungită a canabisului sunt foarte controversate. Desigur, riscul cancerigen la fumători pare bine stabilit, dar polemica are în vedere posibilitatea unei diminuări durabile a capacităților intelectuale, mai ales a memoriei și atenției. „Sindromul amotivațional" adesea descris constă dintr-o retragere din lumea exterioară, o mare pasivitate, un deficit al atenției: pentru unii este vorba de tulburări neurologice, pe când pentru alții este vorba de efecte căutate mai mult sau mai puțin deliberat, în relație cu o intoxicare voluntară.

Nu există deci obișnuire sau dependență fizică față de canabis și este greu să se poată vorbi de toxicomanie. Foarte numeroși tineri au experimentat în Occident, din anii '70, în mod punctual sau regulat un consum de marijuana. Foarte puțini devin robi ai drogului care să poată fi considerați psihic dependenți. Această situație a făcut din canabis „drogul blând", deoarece este mai puțin periculos decât alcoolul, iar socialmente mai puțin nefast decât tutunul. Punerea sub semnul întrebării a legislației care reprimă utilizarea sa, de la începutul secolului, este unul dintre elementele cel mai adesea reluat de susținătorii unei „delegislații" în materie de droguri.

Bibl.: Snyder, S.H., *La marijuana*, Éditions du Seuil, Paris, 1973.

CANCEROFOBIE (engl. *cancerophobia*). **Frică obsedantă și fără temei de a se îmbolnăvi de cancer sau de a se găsi în contact cu o persoană care suferă de această maladie.**

Nu numai că subiectul se teme să nu fie el însuși contaminat, dar se poate socoti responsabil de a le transmite celor apropiați o contaminare care a putut avea loc prin contactul cu o persoană suspectă sau chiar cu un loc frecventat de acea persoană.

La fel ca în nosofobiile caracterizate de frica nejustificată de a fi atins de diferite maladii, faptul că examenele medicale practicate se arată negative nu-l liniștesc decât temporar pe subiect.

Această fobie capătă în acest caz un caracter obsesional, subiectul neputându-se debarasa de ideea obsedantă a cancerului și văzându-se obligat la ritualuri de spălat, curățat veșmintele și mobila, tapetele, pe care de asemenea le consideră contaminate.

CARACTERIAL (Ă) (engl. *[child] with behavioral disorders*). **Se spune cel mai adesea despre un copil al cărui comportament este perturbat și a cărui adaptare la mediu este dificilă și instabilă, fără ca el să prezinte o veritabilă maladie mentală.**

Originea tulburărilor caracteriale este uneori constituțională. Ea este cel mai adesea legată de probleme afective și relaționale, în raport cu o organizare nevrotică a personalității subiectului. Aceste probleme se exprimă prin tulburări ale activității și conduite agresive. Primele se caracterizează printr-o instabilitate psihomotorie, cu turbulență, agitație, grimase, spaime nocturne și mai ales dispersia continuă a atenției, ceea ce condiționează insuficiența randamentului școlar. Coexistența unor stereotipii gestuale (ticuri, onicofagie) nu este rară. Cât privește celelalte, ele se exprimă adesea prin reacții fățiș opozante, explozii de furie care pot merge până la violența clastică, crize de impulsivitate, sau printr-o opoziție mai camuflată: forța de inerție sau lentoarea executării ordinelor, îmbufnare anormală prin repetarea și durata sa, ostilitate mai mult sau mai puțin latentă. Uneori va fi vorba de conduite la limita delincvenței, caracterialul devenind un adevărat psihopat.

CASĂ DE PRIMIRE SPECIALIZATĂ sau **M.A.S.** (fr. *maison d'accueil spécialisé*). **Instituție specializată de găzduire prelungită a unor subiecți grav handicapați și lipsiți de autonomie.**

Prevăzute prin legea din 30 iunie 1975, unele dintre aceste case de primire pot fi rezervate unor bolnavi mintali sever și durabil handicapați, incapabili de o viață autonomă. Dacă ei necesită oricum o asistență, o supraveghere și îngrijiri permanente, acestea nu mai țin de un tratament în centrul spitalicesc psihiatric. Lipsa de locuri în M.A.S. obligă totuși actualmente la menținerea unui număr dintre acești pacienți în instituția spitalicească. Mulți psihiatri se întreabă de altfel dacă M.A.S. sunt bine adaptate pentru asemenea bolnavi. Într-adevăr, ei se tem că ele riscă să le fixeze handicapul, instalându-l într-un statut de cronic definitiv, din cauza insuficienței mijloacelor acordate de legislator și care fac din ele de fapt prea adesea „noi aziluri de rebuturi" (Ch. Brisset).

CASE-WORK (termen englez). **Tehnică de ajutor, adesea utilizată de asistenții sociali, care vizează conștientizarea subiectului, prin intermediul unor convorbiri, cu privire la dificultățile psihologice care subtensionează pretenția pe care el o formulează pornind de la probleme sociale concrete, în scopul de a-l ajuta să ia o decizie privind mai buna beneficiere de măsurile care i-ar putea fi propuse.**

Firește, ancheta de informare asupra mediului social al subiectului nu este exclusă de această metodă. Deosebirea față de tratamentul psihoterapeutic tradițional este că această metodă se limitează la problema precis pusă de consultant și nu vizează să reechilibreze ansamblul personalității.

CAT → CHILDREN'S APPERCEPTION TEST.

CATALEPSIE (engl. *catalepsy*). **Stare caracterizată printr-o rigiditate musculară specială, zisă „plastică".**

Autorii vechi descriau această stare ca pe o flexibilitate ceroasă (lat. *flexibilitas*

cerea). Subiectul cataleptic, în mod spontan imobil, rezistă la mobilizarea pasivă așa cum rezistă „ceara moale". El poate păstra timp foarte îndelungat pozițiile care i s-au dat. Există și forme de catatonie rigidă în care nu se observă aceeași flexibilitate a membrelor în poziție cataleptică.

Cu toate că este atașată de anumite sindroame organice, îndeosebi infecțioase (cataleptocatatonie în febra tifoidă) și neurologice (patologie cerebeloasă), catalepsia este mai înainte de toate observată în psihiatrie: schizofrenie, isterie de conversiune, catalepsie indusă prin hipnoză. În farmacologia animală, capacitatea de a provoca o catalepsie caracterizează neurolepticele și le distinge de alte psiholeptice, îndeosebi de tranchilizante.

CATAPLEXIE (engl. *cataplexy*). **Pierdere subită a tonusului muscular, în general însoțită de o diminuare a forței musculare și de o incoercibilă trebuință de a dormi.**

Ea afectează mușchii membrelor sau ai trunchiului. Cataplexia face parte din tabloul clinic al unei tulburări de somn: narcolepsia esențială sau boala Gélineau. Este declanșată de emoții intense (surpriză, râs, plâns). În narcolepsie, chimioterapia poate acționa asupra acceselor de somnolență, dar rămâne în general fără efect asupra acceselor cataleptice.

CATATONIE (engl. *catatonia*). **Stare patologică a psihomotricității caracterizată printr-o pierdere a spontaneității și inițiativei motorii, prin inerție și negativism.**

Este un comportament motor mai mult sau mai puțin permanent, care nu răspunde în mod adaptat la stimulii din mediu, asociindu-se adesea cu impulsii și stereotipii gestuale (manierism, ticuri de balansare), precum și cu catalepsie (menținerea de atitudini rigide, cu impresia pentru observator a flexibilității ceroase). Se disting forme melancolice sau periodice și forme schizofrenice. În cazul acesteia din urmă, catatonia se poate transforma brusc în agitație și violență impulsivă.

Descrisă mai întâi de K. Kahlbaum în 1874 ca *nebunie de tensiune* (germ. *Spannungirresein*), cu o evoluție în patru faze succesive (melancolică, maniacă, confuzo-stuporoasă și demențială), catatonia este integrată de E. Kraepelin, în 1899, în cadrul demenței precoce, căreia ea și devine forma catatonică. Deoarece aceasta apare adesea la bolnavii tineri, cu o fază depresivă și negativistă deosebit de lungă, se va vorbi de forma hebefreno-catatonică, formă clinică reluată mai târziu cu câțiva ani de către E. Bleuler în schizofrenie. P. Chaslin va face din catatonie o „nebunie discordantă motorie tip", iar H. Baruk și De Jong vor descrie în 1928 *catatonii experimentale*, toxice (bulbocapnină) și infecțioase (colibacile). De asemenea, unele droguri halucinogene vor permite experimentatorilor să producă o farmacocatatonie (L.S.D., canabis). Catatonia este însă, înainte de toate, o formă clinică a schizofreniei. Ea a devenit mai rară o dată cu progresele asistenței psihiatrice. Pentru mulți psihiatri, în special pentru cei din școala de psihiatrie dinamică din Chicago (F. Alexander, J. Masserman), ea nu va fi decât expresia unei regresiuni la un stadiu psihoafectiv și psihomotor foarte arhaic, cu atitudini fetale efectiv frecvente la bolnavii catatonici.

Bibl.: Baruk, H., *Précis de psychiatrie*, Masson, Paris, 1959; Kahlbaum, K., „La catatonie ou folie tonique", 1874), trad.fr. in *Évolution psychiatrique*, t. 52, no 2, 1987, pp. 367–439.

CATECOLAMINE (engl. *catecholamine*). **Grup de neuromediatori prezenți în diferite organe și caracterizați prin existența unui nucleu catecol, pe care vine să se grefeze un lanț amino lateral.**

Două molecule, noradrenalina și dopamina, se diferențiază net ca protagoniști în acest grup.

Sistemele catecolaminergice (neuroni, receptori, neuromediatori) sunt localizate la nivel periferic în multe organe cum sunt pielea, ochiul, inima, plămânii, sistemul digestiv sau aparatul genital.

La nivel central, corpii celulari ai neuronilor sunt regrupați în nuclei, localizați în principal la nivelul trunchiului cerebral. De aici pornesc axoni care urcă spre encefal [sic! — notă L.G.] sau descind spre măduvă, formând adevărate sisteme. Grupurile celulare constituie, după J. Glowinski, o veritabilă anatomie biochimică a creierului. Se disting astfel patru mari grupuri de nuclei: grupurile bulbare, pontice, mezencefalice și diencefalice.

Manipulările farmacologice ale receptorilor acestor sisteme au arătat că aria lor de acțiune este foarte vastă: modularea cardiacă și vasomotorie, influența asupra tractusului digestiv, termoreglarea, funcțiile sexuale și ovulația, funcțiile endocrine, comportamentul alimentar, comportamentul de autostimulare, agresivitate, ciclul veghe–somn, motivație, kinezie.

Aceste date demonstrează importanța acestor sisteme atât în fenomenele reglatoare simple sau elementare, ca ajustare vasomotorie sau termică, precum și în comportamentele în care vor fi integrate răspunsuri vegetative. Interpretarea creată de aceste structuri revelează înaltul grad de articulare a sistemului nervos central și autonom.

Nu apare deci surprinzător faptul că o leziune localizată la nivelul unei părți a acestui sistem se poate repercuta asupra altor versanți (exemplu de stres asociat cu ulcerul gastric sau cu hipertiroidia).

Această diversitate de sisteme explică dificultatea de a trata tulburări legate de o leziune specifică. Astfel, un neuroleptic, chiar dacă tratează disfuncția dopaminergică presupusă a fi în centrul schizofreniei, poate face să apară diskinezii și chiar o dezvoltare exagerată a sânilor la bărbat (ginecomastie), care revelează impactul acestor substanțe asupra motricității sau funcțiilor endocrine.

CAZUL ELLEN WEST (engl. *the case of Ellen West*). **Caz de schizofrenie făcut celebru de L. Binswanger.**

Istoricește, cazul Ellen West face parte, la un loc cu cazurile Ilse, Jürg, Sund, Lola Woss și Suzanne Urban, din cartea lui Binswanger *Schizofrenie*. Acest caz este suficient de reprezentativ pentru a fi considerat drept model sau referință.

Caracterul ei se afirmă încă din copilărie. Este încăpățânată, zburdalnică, neascultătoare, dar bună școlăriță, ambițioasă, iar tot ce întreprinde este obiect de investire intensă. Încearcă să-și treacă Matura (bacalaureatul), la care renunță în favoarea unui examen de profesor, care îi deschide porțile Universității. E inteligentă și sensibilă, scrie poeme, citește mult și îi apreciază îndeosebi pe Rilke și Goethe. Ca urmare a lecturilor devine atee și adoptă poziții de revoltă contra vieții burgheze.

Către vârsta de douăzeci de ani a început să se strecoare în ea teama de a se îngrășa. Dorește cu ardoare să mănânce, mai ales dulciuri, dar, în același timp,

trăiește angoasa îngrășării, care aduce cu o idee fixă. Adesea este deprimată. Spre a-și păstra silueta, recurge la laxative puternice, din care înghite până la șaptezeci de cașete pe zi. În urma unui avort, suspendă laxativele, deoarece dorește să aibă un copil, dar dorința de a-și păstra silueta o face din nou să renunțe la alimentarea normală și reia laxativele. Menstruația dispare, dar faptul de a nu se îngrășa îi evită o nouă depresie.

Ellen decide, la treizeci și unu de ani, să-i mărturisească soțului problemele ei. Frecventează sanatorii, întâlnește elita psihiatrică a epocii, între care E. Bleuler, Kraepelin și Binswanger. Ei nu sunt de acord asupra diagnosticului. Kraepelin se gândește la o melancolie; Bleuler la o „schizofrenie simplă"; un al treilea psihiatru străin, nenominalizat, crede că pacienta are o constituție psihopatică.

Cu toate acestea, toți trei cad de acord asupra următoarelor aspecte: 1) tulburarea nu este de tip maniaco-depresiv; 2) nu este vorba de o nevroză obsesională; 3) nu există nici o terapie fiabilă care să poată fi luată în considerare.

Ellen nu se însănătoșește și, de mai multe ori, încearcă să se sinucidă. În pofida acestui fapt, psihiatrii decid să o externeze din sanatoriu.

După plecare, simptomele i se accentuează. A treia zi, însă, ea e schimbată. Nu ezită să mănânce, chiar și biscuiți și ciocolată, se plimbă cu soțul ei, citește poeme și redactează corespondență. Seara la culcare, ia o doză mortală de otravă, iar a doua zi, dimineața, este găsită moartă.

Avem aici un caz paradigmatic de „schizofrenie simplă", bleuleriană. Bleuler o definește în felul următor: „Pacienții sunt slăbiți la nivelul afectului și intelectului, își pierd voința, iar capacitatea lor de a munci și de a se ocupa de ei este diminuată. Par stupizi și, finalmente, manifestă toate semnele unei demențe severe".

După Lasègue, posibil pare diagnosticul de anorexie isterică; pentru Maleval este un caz de nebunie isterică. Diagnosticul de schizofrenie (Bleuler, Binswanger, DSM-III [sic! — notă L.G.] subliniază geometria variabilă a istoriei acestui concept. Studierea cazului Ellen West a contribuit la îndepărtarea lui R. D. Laing de psihiatria tradițională, de preocuparea pentru diagnostic și apoi de conceptul de schizofrenie simplă; această poveste tragică ilustrează nu numai certurile diagnostice, ci și implicația umană a diagnosticului distructiv.

Bibl.: Binswanger, L., „The Case of Ellen West", în *Existence*, May, R. (ed.), Basic Books, 1958; reed. Simon & Schuster, New York, 1967; Bleuler, E., *Dementia praecox or the Group of the Schizophrenias*, IUP, Madison, Conn., 1950; rééd. 1987; Textbook of Psychiatry, MacMillan, New York, 1924; Reprint Arno, New York, 1976; Lasègue, Ch., *Écrits psychatriques*, Privat, Toulouse, 1971; Needelman, J., *Being-in-the-World*, Basic Books, New York, 1963; rééd. Souvenir Press, London, 1975.

CĂLĂUZIREA COPILULUI (engl. *child guidance*). **Structură de îngrijiri medicale care funcționează după modelul consultației medicale și are ca obiectiv ajutorarea copiilor care au probleme afective, cât și a anturajului lor.**

Acest concept de origine americană a fost utilizat în Franța, după cel de al doilea război mondial, spre a defini o nouă orientare medico-psiho-socială a dispensarelor publice de psihiatrie infantilă. Centrul de călăuzire infantilă este „destinat mai presus de toate să amelioreze adaptarea copiilor la anturajul lor imediat, preocupându-se în special de relațiile lor afective și sociale,

spre a le permite să profite din plin de aptitudinile lor individuale" (Buckle și S. Lebovici, 1958). A fost necesară formarea de echipe pluridisciplinare, care au stabilit contacte cu celelalte servicii sociale și medicale, clientela putând proveni din școli, spitale și servicii sociale. Aporturile teoretice ale pedopsihanaliștilor, ca A. Freud și S. Lebovici, în special, puteau fi în acest caz utilizate pentru a ameliora sănătatea mentală a copiilor în țările europene, îngrijindu-se de copil și de mediul său, pe care era vorba să se încerce a-i schimba la nevoie. Centrele de călăuzire a copilului s-au dezvoltat în paralel cu C.M.P.P.* și au devenit, o dată cu crearea în 1972 a intersectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă, centre de sănătate mentală sau, mai recent, centre medico-psihologice.

CĂMAȘĂ DE FORȚĂ (engl. *strait jacket*). **Bluză din pânză foarte rezistentă care împiedică mișcările membrelor superioare.**

Este un mijloc de imobilizare utilizat pentru a-i stăpâni pe unii bolnavi mintali deosebit de agitați. W. Battie în Anglia, W. Cullen în Scoția, P. Pinel și J.B. Pussin în Franța au fost printre primii care au înlocuit lanțurile, care până atunci îi țineau în loja lor pe marii nebuni, prin „jiletci de forță", care, o dată cu E. Esquirol și W. Tuke, au devenit „cămăși". La mijlocul secolului al XIX-lea, R. Gardiner și J. Conolly au deconsiliat folosirea lor și au preconizat nonconstrângerea corporală* sistematică. Azi ele nu mai sunt practic utilizate.

CENESTOPATIE (engl. *coenesthopathy*). **Perturbare a cenesteziei, resimțită într-un mod anormal și totodată neplăcut.**

Acest termen, creat de Dupré și Camus, regrupează diversele anomalii (nonorganice) din acest domeniu perceptiv intern și în special iluziile și halucinațiile cenestezice pe care le putem regăsi în unele deliruri ipohondrice.

CENTRU DE AJUTORARE PRIN MUNCĂ sau **C.A.T.** (fr. *centre d'aide par le travail*). **Stabiliment care le oferă adolescenților și adulților handicapați, care, pentru moment sau în mod durabil, nu pot munci nici într-o întreprindere obișnuită, nici într-un atelier protejat și nici nu pot exercita o activitate profesională independentă, un sprijin medico-social și educativ, precum și un mediu de viață care favorizează dezvoltarea lor personală și integrarea socială.**

Centrele de ajutorare prin muncă (C.A.T.) nu pot angaja, cu excepția unor necesități speciale, decât muncitori handicapați a căror capacitate de muncă este inferioară unei treimi. Numai comisia tehnică de orientare și de reclasare profesională (COTOREP), comisie departamentală instaurată prin legea din 30 iunie 1975, poate declara că o persoană handicapată ține de formula C.A.T. Pentru persoanele handicapate în vârstă de 16 până la 20 de ani, decizia nu poate fi luată decât cu avizul comisiei departamentale de educație specială. În toate cazurile COTOREP ia o decizie provizorie valabilă pentru o durată de încercare de maximum șase luni; această perioadă poate fi reînnoită o singură dată, dacă este cazul. Decizia definitivă nu poate fi luată decât ulterior.

Unele C.A.T. dispun de un cămin de cazare; handicapații găzduiți aici trebuie să contribuie la aceasta, fără a putea fi privați de un minimum de resurse. Persoanele handicapate primite în C.A.T. nu depind de Codul muncii în același fel ca orice alt salariat din sectorul privat. În C.A.T. nu există nici contract de muncă și nici angajare în sensul Codului muncii; cu toate acestea, condițiile de igienă și de securitate, ca și regulile de medicină a muncii, rămân aplicabile. În ceea ce privește salariul, statul este obligat să verse un supliment egal cu 55% din S.M.I.C. maximum, pentru muncitorii cărora C.A.T. nu le poate vărsa decât 15% sau mai puțin. Pentru ceilalți, acest supliment este calculat în așa fel încât să asigure resurse provenind din muncă egale cu 70% din S.M.I.C., la care se adaugă eventualele bonificații, care țin seama de eforturile depuse. În anumite cazuri, persoane handicapate admise în C.A.T. pot exercita o activitate în exteriorul stabilimentului.

CENTRU DE CAZARE ȘI DE READAPTARE SOCIALĂ sau **C.H.R.S.** (fr. *centre d'hébergement et de réadaptation sociale*). **Structură de adăpostire socială care poate primi indivizi sau familii aflate în dificultate, dar și alcoolici care ies dintr-o cură spitalicească, izolați, fără familie, fără domiciliu, fără loc de muncă; această cazare temporară vizează reinserția și readaptarea.**

Acest tip de stabiliment este înrudit cu centrele de ajutorare și centrele de adaptare la viața activă (C.A.V.A.). Nu trebuie confundat cu centrele de igienă alimentară și de alcoologie (C.H.A.A.), locuri de prevenție și de îngrijire. Acestea din urmă (aproximativ 250 în Franța, din care mare parte gerate de Asociația națională pentru prevenția alcoolismului (A.N.P.A.), funcționează fie prin simplă consultare, fie aplicând programe mai complete, mergând de la informație la spitalizare.

CENTRU DE IGIENĂ ALIMENTARĂ ȘI DE ALCOOLOGIE sau **C.H.A.A. Structură de ajutorare, de îngrijiri și de prevenție care asigură frecventarea ambulatorie a oricărei persoane confruntate în vreun fel sau altul cu o problemă de alcoolizare.**

Începând din 1970, au fost create consultații de igienă alimentară; aceste consultații sunt asigurate săptămânal de către un medic și o infirmieră. Au drept scop de a răspunde la nevoile „băutorilor excesivi" care nu au probleme psihiatrice. Ideea este că alcoolismul trebuie abordat ca o boală de nutriție în general, de unde denumirea acestor consultații. Dar această formulă necorespunzând decât în mod imperfect obiectivelor fixate, începând din 1975 au fost create centre de igienă alimentară, cuprinzând un medic, una sau mai multe infirmiere, o secretară, o asistentă socială și un vizitator social benevol. Centrul de igienă alimentară este descris ca un post de ajutorare, de ascultare și de urgență, deschis în permanență; accentul este pus pe ajutorarea și tratamentul reeducativ al băutorului excesiv.

O circulară ministerială din 1983 redefinește organizarea și misiunea acestor centre, pe care le numește de acum înainte „centre de igienă alimentară și de alcoologie". Se atribuie acestor centre o misiune de asistență a bolnavului alcoolic; această asistență trebuie să fie medicală, relațională și socială. Centrele trebuie de asemenea să efectueze acțiuni de prevenție, cum ar fi

informarea și educația sanitară. Aceste acțiuni sunt de efectuat pe lângă consultanți, în mediu profesional, în mediu școlar, universitar și spitalicesc. Centrele trebuie de preferință să fie situate fie într-o clădire amenajată conform trebuințelor, fie în perimetrul unui centru de sănătate, al unui dispensar sau altui stabiliment de prevenție și îngrijire. Centrele trebuie să fie ușor accesibile și să fie în strânsă relație cu diferitele organisme sau stabilimente care concură la reinserția bolnavului alcoolic: stabilimente spitalicești, specializate sau nu, sectoare de psihiatrie, servicii sociale, justiție, A.N.P.A., mișcări de ajutorare a băutorilor. Centrele de igienă alimentară și de alcoologie pot fi gerate de o asociație, dar pot fi de asemenea comunale sau departamentale. Unii consultanți care prezintă tulburări psihiatrice importante nu pot fi supravegheați de aceste centre și trebuie spitalizați în mediu psihiatric. În general, atunci când este necesară spitalizarea, aceasta trebuie să fie o perioadă de timp privilegiată de sensibilizare și de amorsare a asistenței terapeutice, care va continua după externare. În această privință, circulara din 1983 preconizează ca, în fiecare centru spitalicesc, câteva paturi să fie rezervate ajutorării bolnavilor alcoolici, și ca, în cazul că este necesar, să fie creată o veritabilă unitate de alcoologie.

CENTRU DE TRATAMENT ȘI DE READAPTARE SOCIALĂ sau **C.T.R.S.** (fr. *centre de traitement et de réadaptation sociale*). **Serviciu-pilot creat în câteva spitale psihiatrice publice franceze, după Eliberare, pentru a trata bolnavii mintali în vederea reinserției lor sociale rapide și a evitării cronicizării tulburărilor lor.**

Cu subvenții importante de la Securitatea socială, primele centre sunt implantate în provincie, la Bonneval (Eure-et-Loir), cu H. Ey, iar în regiunea pariziană la Villejuif, cu L. Le Guillant, și la Ville-Evrard, cu P. Sivadon. Acesta din urmă i-a definit principiile: „Terapia și reeducarea bolnavilor constituie cele două aspecte complementare ale unei psihiatrii eficace [...]. Metodele de reeducare vor fi metode active, punând la lucru expresivitatea și creativitatea într-un mod concret (activități fizice, expresie plastică, muncă, activități sociale); ele utilizează funcțiile adaptative reziduale ale handicapatului mental, căutând în mod sistematic să-i dezvolte nivelurile funcționale intacte; ele caută să dezvolte eficacitatea funcțiilor astfel restabilite, favorizând mecanismele de compensație, de obicei datorită specializării și utilizării de medii protejate". După cum vedem, aceste centre sunt orientate spre o readaptare* socioprofesională precoce și rezervă un rol esențial ergoterapiei*. Ele deschid calea politicii de sector care avea să fie pusă în aplicare un deceniu mai târziu. Dar poate că dau prea mare importanță aspectului educativ în îngrijirea bolnavului mintal, privind handicapul său mai ales în perspectiva funcționalistă a neojacksonismului organodinamic al lui Ey.

CENTRU MEDICO-EDUCATIV sau **C.M.E.** (fr. *centre médico-éducatif*); engl. *child guidance clinic*). **Stabiliment care primește persoane în vârstă de la 3 la 20 de ani suferind de un deficit intelectual care necesită recursul, sub control medical, la tehnici nu în exclusivitate pedagogice.**

Aceste centre sau institute medico-educative cuprind: institutele medico-pedagogice,

care primesc copii în vârstă de 3 la 16 ani, asigurându-le un învățământ general, precum și o formație gestuală; institutele medico-profesionale, care continuă opera stabilimentelor precedente și asigură o formație profesională adaptată fiecărui handicap. Toate aceste institute funcționează ca externate sau internate.

CENTRU MEDICO-PSIHOLOGIC sau **C.M.P.** (fr. *centre médico-psychologique*; engl. *medico-psychological center*). **Unitate de prevenție, de diagnostic și de îngrijire organizată pentru a lupta contra maladiilor mentale.**

Strămoșii acestor centre au fost mai întâi dispensarele de igienă mentală, care funcționau după același model ca dispensarele antituberculoase. Din 1937, o circulară ministerială permite luarea în considerare a unei organizări a igienei mentale în afara spitalului psihiatric. În 1955, un decret precizează că depistarea și profilaxia maladiilor mentale și a alcoolismului sunt asigurate prin dispensare de igienă mentală; la fel stau lucrurile cu postcurele bolnavilor care au făcut obiectul unor spitalizări psihiatrice sau al curelor de dezintoxicare alcoolică. Circulara din 1960, care instaurează sectorul de psihiatrie, dă câteva informații suplimentare. Acest dispensar trebuie prevăzut în reședința departamentului, precum și în orașele cu mai mult de 20 000 locuitori. El poate fi instalat fie în localuri independente, fie într-un dispensar polivalent. În 1974, o altă circulară precizează că acest local, dotat cu telefon și cu secretariat, constituie un loc de referință pentru echipă; el permite nu numai acordarea de consultații, ci și ajutorarea de mici grupuri permanente de bolnavi și îngrijirea lor în perioade terapeutice parțiale.

Același text precizează că, în funcție de circumstanțe, se va da prioritate fie concentrării tuturor instituțiilor extraspitalicești într-un centru de sănătate mentală de sector, fie unei formule dispersate.

În 1986, o decizie ministerială definește centrele medico-psihologice; acestea sunt unități de coordonare și de ajutorare în mediu deschis, care organizează acțiuni de prevenție, de diagnostic, de îngrijire ambulatorie și de intervenție la domiciliu, puse la dispoziția populației. Aceste centre pot cuprinde antene pe lângă orice stabiliment sau instituție care necesită prestații psihiatrice sau de susținere psihologică. Centrele de ajutorare permanentă sunt de asemenea considerate centre medico-psihologice abilitate să răspundă la urgența psihiatrică, fiind deschise zi și noapte; ele pot cuprinde câteva paturi pentru îngrijirile care nu pot depăși 48 de ore. Actualmente, fiecare serviciu de psihiatrie sectorizat dispune de unul sau mai multe centre medico-psihologice, în care lucrează aceeași echipă pluridisciplinară care intervine la spital și în structurile extraspitalicești ale sectorului (arie geografică de 70 000 locuitori).

CENTRU MEDICO-PSIHO-PEDAGOGIC (fr. *centre médico-psycho-pédagogique*). **Centru de îngrijire ambulatorie în care copiii cu dificultăți psihologice sunt îngrijiți de o echipă pluridisciplinară compusă din psihiatri, psihologi, asistenți sociali și psihoterapeuți.**

Create după al doilea război mondial, în același timp cu prima catedră de psihiatrie infantilă la universitate, C.M.P.P. nu au fost recunoscute și finanțate de Ministerul Sănătății decât în 1956. Acestea sunt organisme private sau semipublice cu scop

nelucrativ, gerate de asociații reglementate de legea din 1901. Unele sunt subvenționate de Educația Națională sub forma de detașament de personal sau de chirie pentru localuri. Altele aparțin de Casa de alocații familiale, de municipalități. Spre deosebire de dispensarele de igienă mentală gratuite, remunerarea se face prin plata actului profesional, asumată de Securitatea socială. La vocația lor primă de structuri de îngrijire care completează mijloacele puse în funcțiune de învățământul specializat public, centrele medico-psiho-pedagogice adaugă depistarea și diagnosticul tulburărilor mentale ale copiilor, cooperând astfel cu dispensarele medico-psihologice ale intersectoarelor de pedopsihiatrie*. Cu toate acestea, clientela lor continua să fie constituită în mare parte din copii cu probleme de adaptare școlară. C.M.P.P. sunt în prezent foarte numeroase, regrupate într-o asociație națională.

CENTRU SPITALICESC SPECIALIZAT sau **C.H.S.** (fr. *centre hospitalier spécialisé*). **Stabiliment spitalicesc public specializat cel mai adesea în psihiatrie.**

Legea din 31 decembrie 1970 a rebotezat spitalele psihiatrice, pentru a le clasa în categoria centrelor spitalicești specializate. Acestea sunt stabilimente publice administrative, a căror organizare, funcționare și contencios respectă regulile de drept administrativ. Aceste spitale sunt dotate cu personalitate morală și autonomie financiară din 1968. Această autonomie este totuși relativă în măsura în care aceste spitale sunt supuse unor controale administrative și financiare din partea autorităților tutelare la care sunt atașate (D.D.A.S.S., prefect, D.R.A.S.S., Ministerul Sănătății). Legea din 30 iunie 1938 a determinat crearea unui stabiliment departamental (cel mai adesea), în mod special destinat să primească și să îngrijească „alienații". Fiecare dintre aceste stabilimente este administrat de un consiliu de administrație, al cărui președinte este președintele consiliului general. Directorul spitalului, numit de ministrul Sănătății, este reprezentantul legal al stabilimentului. Fiecare spital cuprinde servicii administrative, tehnice și medicale. În fruntea fiecărui serviciu se află un medic-șef de serviciu și de sector psihiatric. O serie de comisii concură de asemenea la buna funcționare a ansamblului, într-un spirit de concertare: comisie medicală de stabiliment, comitet tehnic paritar, comitet de igienă și de securitate, comisii administrative paritare.

Legea din 31 decembrie 1985 dispune că fiecare departament nu mai este obligat să aibă un stabiliment destinat alienaților, ci numai să asigure îngrijirea bolnavilor mintali în unul sau mai multe stabilimente spitalicești cu caracter public. Aceeași lege face însă din atari stabilimente centrul dispozitivului de prevenție, de îngrijire și de postcură pentru bolnavii mintali, în sectoarele psihiatrice deservite. Bunurile, mobiliare și imobiliare afectate serviciilor publice de luptă contra acestor afecțiuni sunt puse la dispoziția centrelor spitalicești specializate. Cheltuielile acestor stabilimente sunt actualmente asumate în întregime de regimurile de asigurare pentru boală, în cadrul unei dotări globale anuale.

CEREBEL (engl. *cerebellum*). **Structură nervoasă impară situată în spatele trunchiului cerebral și dedesubtul emisferelor cerebrale.**

Cerebelul cuprinde un lob impar, vermisul, și două emisfere cerebrale laterale. Acest creier mic posedă un cortex cenușiu

și plisat, substanță albă și nuclei profunzi. Cortexul este format din trei straturi, dintre care cel mai caracteristic este stratul celulelor Purkinje. Mesajele nervoase ajung la cerebel prin fibrele cățărătoare și fibrele mușchiate. Căile aferente pornesc de la celulele Purkinje. Înainte de a părăsi cerebelul, ele fac releu fie în nucleii acoperișului, fie în nucleii dințați sau olivele cerebeloase. Se disting trei sectoare funcționale care au o origine filogenetică diferită: arhicerebelul, implicat în menținerea echilibrului; paleocerebelul, având ca funcții principale reglarea tonusului muscular și controlul executării mișcărilor; neocerebelul, aflat în relație cu ariile motorii ale cortexului cerebral, participă la pregătirea mișcărilor. Situat în derivație pe marile căi senzoriale și motorii și primind o bogată inervație senzitivă, mai ales proprioceptivă, cerebelul joacă un rol important în reglarea activității motorii.

C.H.A.A. → CENTRU DE IGIENĂ ALIMENTARĂ ȘI DE ALCOOLOGIE.

CHARCOT (Jean Martin). **Neurolog francez (Paris, 1825 — Montsauche, Nièvre, 1893).**

Devine medic de spital în 1856 și este agregat de medicină în 1860. În 1862 este numit șef de serviciu la Salpêtrière, unde va colabora cu A. Vulpian în cercetarea patologiei bătrânilor, apoi în aceea a bolilor neurologice. A fost cel dintâi care, datorită metodei anatomoclinice, a individualizat scleroza laterală amiotrofică (îi poartă numele), unele forme de scleroză în plăci și diverse afecțiuni medulare localizate. Descrie, de asemenea, o afecțiune reumatismală cronică deformantă și artropatiile tabesului. Aceste lucrări fac să fie ales profesor la clinica de boli nervoase, în 1882, la o catedră creată special pentru el la propunerea lui Gambetta.

Cu prilejul unei reorganizări a localu rilor, la serviciul său de la Salpêtrière a fo atașat „cartierul epilepticilor simpli", în care se găseau numeroase isterice. Se pa sionează numaidecât de isterie, pe care e cercetează printr-un demers pe care îl voi pur anatomoclinic, sperând să ajungă l aceleași reușite ca în precedentele cercetări Trebuie totuși să admită că isteria nu s datorează unor leziuni cerebrale anatomice ci cel mult unor „leziuni funcționale". S străduiește să descrie un „tablou clinic" a nevrozei, cu manifestările sale critice ș intercritice, cu „stigmatele" și evoluția sa fără a se îndoi că nu este vorba decât d efectul sugestiei exercitate de medic, cu o demonstrau pe atunci H. P. Bernheim, ș A. A. Liebeault, la Nancy. Și chiar dac admite că bolnavele sale erau de multe or în stare de hipnoză, este pentru a adăuga c nu era vorba decât de o altă manifestare a isteriei. Acest edificiu clinic va fi distru în latura sa neurologică, de J. Babinski unul dintre elevii magistrului. Se știe, d asemenea, că școala de la Nancy avea în mare parte dreptate. Dar mai ales tânăru S. Freud, stagiar de Salpêtrière în iarn 1885–1886, va profita atât de învățământul clinic al magistrului cât și de criticile celor din Nancy, spre a descoperi inconștientul și, mai târziu, psihanaliza. P. Janet, pro motor al unei psihopatologii dinamice, va fi și el un elev fidel al lui Charcot, car apare astfel, în pofida eșecului său în fața isteriei, un mare maestru nu numai al neuro logiei, ci și al neuropsihiatriei franceze d la sfârșitul secolului al XIX-lea.

CHESTIONAR DE ANXIETATE (engl. *anxiety questionnaire*). **Ansamblu de întrebări elaborate sistematic și pus**

subiecților într-o ordine mereu identică, în vederea aprecierii și evaluării anxietății lor.

Utilizate de trei decenii în psihopatologia cantitativă, chestionarele sunt instrumente de *autoevaluare* (engl. *self rating*) pe care P. Pichot le deosebește net de scările de evaluare, care sunt instrumente de heteroevaluare.

Dintre chestionarele de anxietate, unele rămân destul de generale, incluzând multe elemente psihopatologice reperabile printr-o analiză factorială. Astfel, Hopkins Symptom Checklist (HSCL) prezintă un factor „anxietate" izolabil de factori ca somatizarea, depresia, tulburările obsesionale compulsive (T.O.C.), senzitivitatea. HSCL este autilizat de psihiatrii nord-americani și a cunoscut o adaptare franceză (J. Guelfi, 1983). Altele sunt mai centrate pe anxietate și diversele sale manifestări. Este cazul chestionarului lui W.W.K. Zung (1974). Acesta din urmă, denumit Anxiety Status Inventory (ASI), cuprinde 20 de itemuri, dintre care 5 se adresează anxietății resimțite direct, iar 15 manifestărilor sale somatice. În sfârșit, unele chestionare sunt centrate pe un simptom precis. De exemplu, scara fricilor a lui J. Wolpe și P. J. Lang (1967) se adresează bolnavilor fobici, cele 72 de itemuri ale sale grupându-se în 6 categorii determinate: frica de animale, frica de situații interpersonale, frica de suferințe corporale, frica de zgomote, alte fobii clasice și frici diverse. La fel, chestionarul fricilor al lui I. Marks și M. Mathews (tradus în franceză de J. Cottraux în 1985) permite „autoevaluarea intensității angoasei și a evitării la pacienții fobici, ca și a eventualelor elemente depresive și anxioase".

Toate aceste chestionare nu prezintă decât un interes relativ pentru clinician, care preferă în general scările de heteroevaluare de felul scării lui M. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), utilizată din 1960. Într-adevăr, chestionarele de autoevaluare sunt în același timp prea sensibile și prea puțin discriminante, iar rezultatele lor sunt insuficient corelate cu acelea ale scărilor de heteroevaluare, mult mai sigure și mai obiective.

CHILD GUIDANCE → CĂLĂUZIREA COPILULUI.

CHILDREN'S APPERCEPTION TEST sau **C.A.T.** **Test proiectiv derivat din TAT (*Thematic Apperception Test*), care pune în scenă animale și este destinat copiilor de mai puțin de 8 ani.**

C.H.R.S. → CENTRU DE CAZARE ȘI DE READAPTARE SOCIALĂ.

C.H.S. → CENTRU SPITALICESC SPECIALIZAT.

CIBERNETICĂ (engl. *Cybernetics*). **Știință care studiază mecanismele de comunicare și de control la mașini și la ființele vii.**

Introdusă de N. Wiener în 1848, cibernetica a fost aplicată de G. Bateson în înțelegerea sistemelor umane, cum ar fi grupul familial. Unul din marile merite ale acestei discipline este acela de a fi explicat fenomenele de autoreglare ale sistemelor prin mecanismul de retroacțiune (sau *feedback*) negativă și circulația [sic! — notă L.G.]. De unde marele ei interes în terapiile familiale.

CICLOTIMIE (engl. *cyclothymia*). **Alternanță de dispoziție care trece de la tristețe la euforie, sau viceversa, într-un mod repetat și cu o frecvență variabilă, după o evoluție mai mult sau mai puțin regulată, zisă ciclică.**

Când această alternanță capătă o alură morbidă, tristețea devenind o depresie, iar euforia însoțindu-se de excitație, avem de-a face cu o veritabilă nebunie ciclică. Psihiatrul german K. Kahlbaum a utilizat cel dintâi termenul spre a o desemna pe aceasta din urmă. E. Kraepelin îl va relua, dar numai spre a descrie formele minore sau larvare ale psihozei maniaco-depresive. E. Kretschmer a făcut din ciclotimie un simplu temperament, fără îndoială predispozant la maladia respectivă, dar rămânând totuși în normalitate. El opunea tipul ciclotimic tipului schizotimic, predispozant de schizofrenie.

CICLU DE VIAȚĂ (engl. *life cycle*). **Succesiune de faze pe care le traversează un individ sau un grup natural de la constituire și până la dispariție.**

În ceea ce privește familia, se pot descrie următoarele faze principale: constituirea cuplului (logodnă, căsătorie); nașterea copilului sau copiilor; școlarizarea copiilor; plecarea copiilor din vatra familiară; viața copilului fără copii (vârsta matură, bătrânețea); sfârșitul cuplului prin separare, divorț sau deces.

Din punct de vedere terapeutic, în caz de tulburări psihiatrice la unul dintre membri, este important să se repereze stadiul care nu a fost integrat și surmontat printr-o reamenajare a relațiilor interindividuale.

CINGULUM (engl. *cingulum*). **Fascicul de asociație intraemisferic, încolăcit ca o centură (de unde numele său) în jurul pragului emisferei cerebrale, reunind lobul frontal cu lobul temporal.**

Ablația părții anterioare (cingulectomie) a fost preconizată în psihochirurgie de către J. Le Beau pentru a trata pe unii psihotici agitați, furioși și violenți, ca și pe unii epileptici caracteriali și impulsivi. Acest tip de intervenție nu mai este actualmente practicat.

CIRCUITUL LUI PAPEZ (engl. *Papez's circle*). **Circuit neuronal care joacă un rol important în viața emoțională.**

În 1937, J. Papez, un neuroanatomist american, descoperă circuitul care avea să-i poarte numele. Pornind de la gyrus cinguli, informațiile ajung la circumvoluția hipocampului, iar de aici apucă calea care duce la cingulum. Fibrele hipocampice, prin intermediul fornixului, proiectează la rândul lor asupra unui nucleu din hipotalamus: corpul mamilar. De la corpul mamilar pornește un fascicul (zis „al lui Vicq d'Azyr") de fibre care ajunge în nucleul anterior al talamusului. Finalmente, informațiile revin la gyrus cinguli. Ariile de asociație parieto-temporo-occipitală și prefrontală exercită o acțiune modulatoare asupra „circuitului lui Papez" la nivelul gyrusului cingular. La om, întreruperile bilaterale ale acestui circuit la nivelul hipocampului și corpilor mamilari provoacă tulburări de memorie.

CIRCULARITATE (engl. *circularity*). **Proprietate a unui sistem potrivit căreia o cauzalitate lineară de tip A–B retroacționează tot linear asupra originii A a procesului în curs.**

Bucla astfel formată se repetă periodic în timp, făcând imposibilă izolarea cauzei de efect.

În psihoterapiile familiale, circularitatea a devenit un instrument conceptual care permite explicarea cauzalității circulare a simptomelor, a retroacțiunilor familiei la informațiile care îi sunt cerute în legătură cu relațiile interfamiliale, ca și explicarea individualizării fiecăruia dintre membrii săi. Circularitatea se află astfel la baza unei tehnici a convorbirii în psihoterapiile familiale.

CLASTIC (engl. *clastic*). **Se spune despre o criză sau furie violentă, marcată de spargere de obiecte.**

Aceste stări acute se întâlnesc în perioade de agitație și de agresivitate din cursul unor evoluții epileptice (stări crepusculare), maniace și catatonice. Ele sunt, de asemenea, foarte frecvente în comportamentul reacțional al psihopaților și istericilor.

CLAUSTROFOBIE (engl. *claustrophobia*). **Teamă de a se găsi închis într-un spațiu împrejmuit.**

Claustrofobului îi este frică de posibilitatea închiderii ieșirilor din locul în care se află, el se teme că nu le-ar putea deschide în caz de nevoie. Această teamă se referă nu numai la evenimente exterioare (incendiu, de exemplu) care ar motiva necesitatea de a ieși cât mai grabnic din acel loc, ci și la senzații interne (impresia de sufocare, de exemplu) care l-ar putea determina să caute rapid ajutor. Așa se explică faptul că unii claustrofobi, dacă nu evită sălile de spectacol, trebuie neapărat să se așeze în apropierea unei ieșiri, pe când alții nu suportă transportul în comun (fie el terestru, maritim sau aerian), nu pot închide ușa de la baie, se feresc să ia ascensorul. Claustrofobia este o tulburare anxioasă care, în forma sa benignă, se întâlnește frecvent la subiecți de toate vârstele. În formele sale cele mai grave bolnavul nu poate rămâne singur acasă.

CLAUSTROMANIE (engl. *claustromania*). **Comportament al oricărui subiect care își impune o claustrare îndelungată sau repetitivă.**

Este cel mai adesea o reacție antisocială și asocială, mergând de la tendința de izolare la replierea autistică a unor schizofreni și psihotici cronici (care se cred persecutați, țintă a unor amenințări exterioare). Se poate asocia cu clinofilia*.

CLEPTOMANIE sau **KLEPTOMANIE** (engl. *kleptomania*). **Impulsie obsedantă de a fura, în absența oricărei necesități economice și chiar a oricărei dorințe conștiente de a poseda obiectul.**

Este o trebuință irezistibilă și irațională de care ascultă subiectul, în pofida unei lupte anxioase între conștiința sa morală și acea veritabilă impulsie-obsesie. Comportamentul cleptomanului este adesea repetitiv și determină în mod inevitabil, după un anumit timp, consecințe juridice și medico-legale. Psihanaliștii explică lesne acest comportament, arătând că obiectul furat este investit în mod simbolic cu o mare valoare erotică, furtul semnificând în acest caz repararea unui doliu sau a unei despărțiri de care subiectul ar suferi în mod inconștient.

CLÉRAMBAULT (Gaëtan Gatian de). **Psihiatru și medic legist francez (Bourges, 1872 — Malakoff, 1934).**

Este cunoscut mai ales prin cercetările sale clinice și psihopatologice la infirmeria specială a arestului prefecturii de poliție din Paris, unde i-a succedat magistrului său E. Dupré, după ce i-a fost adjunct mai bine de 15 ani.

Primele sale studii psihiatrice se referă la psihozele toxice și la intoxicările cu alcool, cu cloral și cu eter. Curând, însă, se va ilustra în descrierea psihozelor pasionale delirante, în special a erotomaniei*, pe care o distinge radical de paranoia.

Cea mai vestită lucrare a sa de psihopatologie se referă la ceea ce el numește „automatism mental", ca generator al delirului cronic. Taxate de unii (H. Ey) drept atomiste și mecaniciste, explicațiile date de el apariției delirurilor ca urmare a unei disfuncții cerebrale localizate, care ar exprima fenomenele autonome și primitive ale automatismului mental, l-au condus la o descriere clinică și fenomenologică extrem de fină a stadiului precoce al delirurilor. Această descriere, debarasată de teoria sa organogenetică, învechită azi, rămâne magistrală și a influențat mai multe generații dintre internii săi. Unul dintre aceștia, J. Lacan, după ce s-a certat cu el timp de câțiva ani (și a reunit psihozele pasionale cu paranoia), l-a recunoscut mai târziu drept singurul său magistru în clinica psihiatrică.

În spatele psihiatrului oficial se ascundea un al doilea personaj, un iubitor de stofe, care se pasiona de studiul faldului, căruia i-a consacrat un curs la Școala națională de bele-arte și cercetări etnografice aprofundate. După moartea sa dramatică (sinucidere cu o armă de foc, în fața oglinzii și a numeroaselor sale manechine), în pavilionul său de la Malakoff, s-a aflat c lăsase moștenire mai bine de o mie d documente fotografice pe această tem Muzeului Omului de la palatul Trocadero

CLINOFILIE (engl. *clinophilia*). **Comportament al unui subiect care st culcat în afara perioadelor obișnuite d somn, uneori în permanență.**

Este o reacție de retragere din mediu social și de dezinteres pentru viața fami lială cotidiană și profesională. Se asociază adesea cu apragmatismul și replierea autistică la schizofrenic, cu teama de a înfrunta dificultăți și de a trebui să ia decizii la psihastenici, cu teama de a nu se molipsi de noi boli sau de a și le agrava pe cele existente la ipohondru sau la nevroticul anxios și nosofobic.

C.M.E. → CENTRU MEDICO-EDUCATIV.

C.M.P. → CENTRU MEDICO-PSIHOLOGIC.

C.M.P.P. → CENTRU MEDICO-PSIHOPEDAGOGIC.

COALIȚIE (engl. *coalition*). **Alianță a două (sau mai multe) persoane îndreptată contra unei a treia.**

Coalițiile sunt frecvente în familii și în instituțiile psihiatrice sau medico-sociale; cel mai adesea, însă, ele sunt ascunse sau negate.

COCAINĂ (engl. *cocaine*). **Alcaloid psihotrop cu efecte euforizante și excitante, extras din frunzele de coca.**

ISTORIC. Mestecarea frunzelor de coca (ale arbustului *Erythroxylum coca*) este o tradiție milenară la indienii din America de Sud. Acest obicei foarte răspândit are mai

multe funcții: o funcție analgezică și socială datorită efectului stimulant, antiobosească și anorexigen, precum și o funcție religioasă. Obiect de cult, de ofrandă adusă puterilor superioare sau morților, coca a fost considerată o plantă diabolică de către cuceritorii creștini.

Dar istoria cocainei ca drog modern datează de la izolarea ei de către C. Niemann în 1859 și mai ales de la primele încercări clinice; în 1884, S. Freud publica primul din textele sale pe această temă: *Über Coca*. În această „monografie botanică" el studiază substanța, originea ei, proprietățile sale stimulante și antidepresive. A căutat să le comunice celor apropiați entuziasmul pentru acest produs. L-a recomandat chiar ca tratament al morfinomaniei colegului și prietenului său E. von Fleischl-Marxov. Moartea acestuia cât și punerea la index a cocainei ca drog periculos (L. Lewin–R. Erlenmayer) trebuie să fi fost o fază penibilă din viața sa. Dacă el însuși nu a ascuns importanța acestei deziluzii în cariera sa, numeroși autori se străduiesc să definească locul cocainei în viața și opera lui Freud. Tot în 1884, C. Koller, un alt prieten al lui Freud, a demonstrat efectele de anestezic local ale cocainei; descoperindu-i proprietăți medicale apreciabile, a contribuit și el la răspândirea acestei substanțe.

La sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX, cocainomania a cunoscut o mare vogă, mai întâi în Statele Unite, apoi în Europa. Chiar dacă cifra citată, de 80 000 de cocainomani parizieni în 1924, este discutabilă, importanța fenomenului este în afară de orice îndoială. Voga vinului Mariani, pe bază de coca, stă mărturie cu privire la interesul mai-marilor acestei lumi pentru acel stimulent, pe când succesul Coca-Cola a fost un semn al atracției marelui public pentru coca.

VOGA COCAINOMANIEI. Actuala vogă a toxicomaniilor a readus coca la modă. Arbustul este cultivat intensiv în anumite zone din America de Sud (îndeosebi în Bolivia, Peru, Columbia). Traficul se orientează spre țările occidentale, mai ales Statele Unite, unde, în anii 1980, cocaina a devenit principala substanță utilizată de toxicomani. După macerarea în kerosen și tratarea cu acid sulfuric, din frunzele de coca se obține *pasta*; destul de bogată în cocaină, această substanță poate fi fumată, după o practică răspândită în America de Sud. Prin tratarea cu bicarbonat de obține *crack*-ul, substanță cristalină utilizată în Statele Unite. Alte tratamente produc clorhidratul de cocaină, pudră albă: este ceea ce se numește „zăpadă", „coke". Manipulări suplimentare permit obținerea cocainei de bază. Există, deci, mai multe forme și moduri de utilizare a cocainei: pudra se trage pe nas, cel mai adesea cu un pai. Ea se poate și injecta, „împușca", procurând în acest caz un *flash**. Asocierea cu heroină sau cu sedative constituie un *speed ball**. Voga *crack*-ului a impus „fumeta", care procură și ea un efect imediat. *Free Basing* constă într-o inhalare.

EFECTELE COCAINEI. Ca și heroina, cocaina este un euforizant, de foarte de timpuriu considerat ca stupefiant și interzis. Ca și amfetaminele, este un psihotrop excitant, un drog al treziei. Aceasta explică imaginea sa mitică și răspândirea în anumite medii: *coke*, produs de lux și euforizant, le poate folosi artiștilor, ziariștilor, scriitorilor, ținându-i treji mai multe zile în șir, fără somn, dându-le o extraordinară senzație de luciditate și de eficiență. La

această stare de excitație se adaugă un efect anorexigen, iar pe plan fizic o midriază, o tahicardie și hipertensiune. Supradoza determină tulburări respiratorii și cardiace.

Principalele riscuri ale cocainei provin de la dependența deosebită pe care o determină și care o apropie de amfetamine. Efectul cocainei este foarte scurt, ceea ce explică raritatea sa ca monotoxicomanie: este, într-adevăr, posibilă apropierea de un consum de 10 g pe zi (prescripțiile ca medicament se fac în miligrame), chiar și în cazul în care nu există toleranță fizică.

Utilizată în mod recreativ sau episodic, cocaina poate trece drept un stimulent anodin. O utilizare intensivă, însă, poate conduce la o stare psihotică halucinatorie înrudită cu psihozele amfetaminice. Sentimentele „parano", de persecuție, sunt prezente. La acestea se adaugă adesea halucinații tactice, cu senzație de paraziți care mișună sub piele, în cadrul unei stări vecine cu bufeul oniroid.

Dependența psihologică este subliniată de dificultăți în cazul stopării intoxicației: indispoziția, senzația de *flip* se conjugă cu angoasa, depresia și elemente confuzionale. Ulterior pot surveni sindroame depresive autentice. Spre a-l ajuta pe subiect să treacă sevrajul, medicii recurg la prescrierea de tranchilizante sau de hipnotice (mulți toxicomani își autoprescriu aceste substanțe spre a întrerupe, printr-o cură de somn, o fază de intoxicație).

COCAINISM (engl. *cocain addiction*). **Sindrom al cocainomaniei.**

COCAINOMANIE (engl. *cocainomania*). **Toxicomanie cu cocaină.** (Sinonim: cocainism.)

COMĂ (engl. *coma*). **Pierdere prelungită a cunoștinței, care se asociază cu o pierdere mai mult sau mai puțin completă a reactivității.**

În funcție de reactivitate, comele prezintă trei stadii:

– *stadiul I*: bolnavul poate emite câteva cuvinte mai mult sau mai puțin inteligibile, ca urmare a unor stimulări auditive puternice sau nociceptive ușoare;

– *stadiul II*: reacționează exclusiv la stimulările nociceptive susținute;

– *stadiul III*: nu mai reacționează.

În acest al III-lea stadiu, dacă starea de comă se agravează, pacientul intră într-o existență vegetativă, în care se mai conservă doar marile funcții neurovegetative și activitățile trunchiului cerebral. Această stare se deosebește de moartea cerebrală, care se caracterizează prin leziuni ireversibile ale ansamblului structurilor cerebrale, cu un traseu plat al electroencefalogramei și cu posibilitatea de menținere, timp de câteva săptămâni, prin măsuri de reanimare continue, a activităților vegetative.

Întreținerea unor atari stări, prin procedee artificiale, pune probleme etice uneori greu de rezolvat; dar starea vegetativă persistentă nu trebuie confundată cu moartea cerebrală, care este definitivă.

COMISIE DEPARTAMENTALĂ DE EDUCAȚIE SPECIALĂ sau **C.D.E.S.** (fr. *commission départementale d'éducation spéciale*). **Comisie departamentală instaurată prin legea de orientare din 30 iunie 1975 în favoarea persoanelor handicapate (copii și adolescenți).**

Comisia departamentală de educație specială (C.D.E.S.) se compune din 12 membri, numiți pe 3 ani de către prefect. C.D.E.S. cuprinde cel puțin un medic și reprezentanți ai inspecției de la academie, de la D.D.A.S.S., organisme de asigurare în caz de boală, organisme de prestații familiale. Comisia dispune de o echipă tehnică de instruire a fiecărui dosar și care îi prezintă sinteza activității sale. C.D.E.S. poate delega unele dintre atribuțiile sale unor comisii de circumscripție, cu excepția acelora care presupun o incidență financiară (asumată de Securitatea socială, atribuirea de alocații).

C.D.E.S. are competența:

– să desemneze stabilimentele sau serviciile care distribuie sau nu educația specială, corespunzător cu trebuințele copilului sau adolescentului în măsură să o primească: clasă obișnuită, eventual cu cursuri de susținere, acțiuni de reeducare sau tratamente ambulatorii; clasă sau secțiune de adaptare sau de educație specială, într-un stabiliment școlar obișnuit; stabiliment sau serviciu specializat;

– să atribuie alocația pentru educație specială, dacă sunt îndeplinite anumite condiții;

– să atribuie suplimentul alocației pentru educație specială, în cazul în care sunt îndeplinite condițiile cerute;

– să se pronunțe asupra admiterii în centrul de ajutorare prin muncă sau în casa de ajutoare specializată a unui adolescent în vârstă de 16–20 ani;

– să atribuie o cartă de invaliditate.

Luarea în posesiune a deciziilor C.D.E.S. poate fi efectuată de părinții copilului, de șeful stabilimentului școlar frecventat de copil, de autoritatea responsabilă a oricărui centru, stabiliment sau serviciu medical, social sau administrativ interesat. Instruirea dosarului este pusă în practică la cererea secretariatului comisiei, care sesizează echipa tehnică. Decizia luată de C.D.E.S. se impune diferitelor organisme sociale implicate, ca și diferitelor stabilimente, fie că este vorba de stabilimente școlare obișnuite sau stabilimente de educație specială; nu se impune însă părinților sau persoanelor care răspund de copil.

Rămân deschise căi de recurs: un recurs gratuit poate fi înaintat la C.D.E.S. de către orice persoană care este în drept să o facă; un recurs contencios poate fi exercitat în fața comisiei regionale a contenciosului tehnic al Securității sociale.

COMISURI INTEREMISFERICE (engl. *interhemispheric commissures*). **Formații telencefalice, în număr de trei, formate din fascicule de fibre nervoase care constituie lame de substanță albă ce unesc cele două emisfere cerebrale.**

Două dintre ele sunt de origine arhepaliană: *comisura albă anterioară* (care unește cei doi lobi temporali) și *trigonul* sau psalteriul, sau fornixul* (triunghiular, în formă de boltă, care reunește ariile arhicortexului). Cealaltă este o origine neopalială și, de departe, este cea mai importantă (aproape 250 milioane de fibre, după N. Cook): *corpul calos**.

COMIȚIALITATE → EPILEPSIE.

COMPLEMENTARITATE (engl. *complementarity*). **Modalitate de interacțiune în care, într-o diadă, comportamentul unui partener completează comportamentul celuilalt.**

Acest fenomen a fost descris de G. Bateson, în 1935, în urma unei descinderi într-un trib din Noua-Guinee. Complementaritatea se deosebește de simetrie, aceasta din urmă realizând comportamente în oglindă (de exemplu, cursa înarmărilor). Complementaritatea presupune o diferență, pe când simetria este o egalitate.

Într-o relație complementară sunt de luat în considerare două poziții diferite. În consecință, unul din parteneri ocupă poziția care a fost descrisă ca „înaltă", pe când celălalt partener se găsește în poziția „joasă". Exemplele clasice sunt cuplurile părinte–copil, profesor–elev, medic–bolnav. Dacă unul dintre protagoniști își împinge rolul la extremă, avem ceea ce se numește o complementaritate rigidă.

COMPLEX (engl. *complex*). **Ansamblu de sentimente și de reprezentări parțial sau total inconștiente, prevăzute cu o putere afectivă care organizează personalitatea fiecăruia, îi marchează afectele și îi orientează acțiunile.**

Termenul, introdus de E. Bleuler și C.G. Jung, a fost foarte puțin folosit de S. Freud, în afară de un număr restrâns de cazuri: complexul castrării, complexul lui Oedip, complexul patern.

COMPULSIE (engl. *compulsion*). **Tendință interioară imperativă care îl determină pe un subiect să îndeplinească o anumită acțiune sau să se gândească la o anumită idee, în timp ce o reprobă și și-o interzice pe plan conștient.**

În pofida caracterului ei irezistibil, subiectul poate lupta contra acestei tendințe, a cărei neexecutare este pentru dânsul generatoare de angoasă. Uneori i se întâmplă să nu treacă la act sau să-l transforme în ritualuri repetitive inofensive. Ceea ce nu este cazul impulsiei, unde a acționa biruie aproape imediat în această luptă anxioasă.

COMUNITATE TERAPEUTICĂ (engl. *therapeutic community*). **Metodă de tratament a bolilor mentale în care se fac eforturi de utilizare a mediului social al instituției sanitare ca element integrat în demersul terapeutic.**

Această veritabilă „terapie prin mediu", preconizată mai întâi în Marea Britanie, de M. Jones, la sfârșitul anilor '40, a permis introducerea psihiatriei sociale în spitalele din Statele Unite și din principalele țări europene.

Principiile acestei terapii, definite de Jones și R. Rapaport, prevăd transformarea organizării spitalului în așa fel încât fiecare individ (îngrijitor sau îngrijit) să se poată angaja în întreprinderea terapeutică comună; să permită diverselor comunicări să circule cât mai liber cu putință, suprimând pereții despărțitori ierarhici; să favorizeze luarea în comun a deciziilor, încurajând în special reuniuni foarte deschise în care ele se vor putea realiza și „grupuri de acțiune" axate pe activități sociale specifice.

În felul acesta se efectuează schimbări veritabile atât în grupuri cât și la pacienți, care, printr-o adevărată ucenicie socială, vor reuși o evoluție psihosocială, adesea în sensul unei ameliorări considerabile a stării lor.

Foarte criticată, atât din partea nostalgicilor sistemului de tratament moral autoritar cât și din partea unor psihanaliști care îi reproșează sociologismul, mișcarea comunității terapeutice a contribuit din plin la progresul tratamentului instituțional al bolnavilor mintali, permițând dezvoltarea în bună măsură a psihiatriei sociale.

CONFABULAȚIE (engl. *confabulation*). **Relatare imaginară care se manifestă ca o compensație a unui deficit de memorie privind trecutul sau prezentul.**

Mai ales după episoade confuzionale și în tulburări grave ale memoriei de fixație, așa cum se constată acestea în psihoza Korsakov și presbiofrenie, confabulații repetate ornează discursul pacientului, umplându-i lacunele mnezice.

CONFLICT PSIHIC (engl. *psychical conflict*). **Expresie a unor exigențe interne inconciliabile, ca, de exemplu, dorințe și reprezentări opuse, iar, pe un plan mai specific, forțe impulsionale antagoniste. (Conflictul psihic poate fi manifest sau latent.)**

S. Freud a propus, în mod succesiv, două descrieri ale conflictului psihic. În cadrul primei teorii a aparatului psihic, conflictul este conceput ca expresia opoziției sistemelor inconștient, pe de o parte, și preconștient–conștient, pe de altă parte: impulsiile sexuale menținute la distanță de conștiință, de către o instanță refulatoare, sunt reprezentate în diverse formații ale inconștientului (vise, lapsusuri), suferind o deformare din partea cenzurii.

Începând din 1920, o dată cu ultima teorie a aparatului psihic, conflictul psihic este descris într-un mod mai complex și nuanțat: diverse forțe impulsionale animă instanțele psihice, iar opozițiile conflictuale ale impulsiilor (impulsia de autoconservare și impulsia de conservare a speciei sau iubirea Eului și iubirea de obiect) „se situează ele însele în cadrul Erosului" (*Compendiu de psihanaliză*, 1938). Cât privește impulsia morții, ea nu devine pol conflictual decât în măsura în care tinde a se despărți de impulsia vieții, ca în melancolie.

În fiecare tip de opoziție examinat de Freud pentru a da o explicație conflictului psihic, rolul acordat sexualității este primordial. Or, evoluția acesteia din urmă la subiect trece prin rezolvarea conflictului decisiv care este complexul lui Oedip.

CONFUZIE MENTALĂ (engl. *confusion*). **Stare psihică morbidă caracterizată printr-o obnubilare a conștiinței, o dezorientare spațială și temporală, un delir oniric halucinator și o tulburare a memorării care determină o amnezie lacunară postconfuzională.**

Obnubilarea se raportează la o tulburare a atenției și vigilității, determinând o dezorganizare importantă a activităților psihice volitionale și de sinteză. Obnubilarea este mai mult sau mai puțin profundă, mergând de la o relativă eficiență intelectuală până la un tablou pseudodemential din care nu lipsesc stupoarea, mutismul, akinezia. Adesea se asociază cu o stare de perplexitate anxioasă.

Dezorientarea spațio-temporală este mai mult sau mai puțin accentuată. Este elementară pierderea recunoașterii topografice, imposibilitatea de orientare în locuri totuși familiare, rătăcirea. Este așa-numita fugă a bolnavului suferind de confuzie amnezică, incapabil de a găsi drumul spre casă.

Tulburarea de memorie este de fapt o amnezie de fixare, o uitare a faptelor recente, ceea ce explică dezorientarea și determină amnezia care se manifestă în general în perioada confuzională.

Cât privește delirul oniric, acesta se infiltrează în confuzie ca visul în somn. Este o stare confuzo-onirică în care, pe de o parte, percepțiile senzoriale sunt atenuate și deformate, făcând loc unor iluzii grefate pe aceste false senzații, iar pe de altă parte apar halucinații, mai ales vizuale, uneori auditive, olfacto-gustative și cenestezice. Delirul, întreținut de aceste diverse proiecții onirice, are conținuturi în același

timp fantastice și profesionale: catastrofe, bestiare terifiante trăite de bolnav în mijlocul reprezentărilor activității sale cotidiene, cu o anumită distanță, ca un fel de scenariu care i-ar scăpa complet în unele momente și pe care alteori le-ar stăpâni parțial. Așa se explică de ce uneori, printr-o stimulare puternică, este posibil ca bolnavul să poată fi scos din delirul său. Dar foarte repede pacientul recade în starea sa confuzo-onirică, aceasta evoluând pe un fond de anxietate permanentă, cu paroxisme de groază și pantofobie (teamă vagă, generalizată, difuză — notă L.G.), trăiri deosebit de dramatice și sentimentul morții iminente.

CAUZE ALE CONFUZIEI MENTALE. Această evoluție va depinde, de altfel, în mare parte, de cauză. Poate fi vorba de o origine infecțioasă: febra tifoidă, paludismul, gripa, brucelozele, encefalitele pot provoca o confuzie de felul acesta, în general mai mult stuporoasă decât delirantă. Foarte adesea cauza este toxică: alcoolismul în primul rând, cu clasicul tablou al *delirium tremens*, dar și stupefiantele, cum ar fi hașișul, cocaina, și mai ales numeroase medicamente (amfetamine, barbiturice, benzodiazepine, antidepresori și neuroleptice). Toate medicamentele psihotrope, administrate în doze excesive, riscă să se transforme în agenți confuzionanți. Trebuie de asemenea să citățm tulburările metabolice (hipoglicemie, hiponatremie, hipersau hipocalcemie, dezhidratare sau hiperhidratare, hiperazotemie) și unele boli endocrine (hipocorticism, mixedem, Basedow).

Cauzele cerebrale directe sunt și ele numeroase: epilepsia în primul rând, cu confuziile sale postcritice sau din timpul stării de rău, debuturile confuzionale ale unor stări demențiale, tumorile și infarctele cerebrale, diversele hemoragii cerebro-meningeale, precum și hematoamele extradurale și mai ales subdurale post-traumatice. Un loc aparte revine psihozei Korsakov, care poate lua aspectul unei veritabile confuzii mentale cronice. În sfârșit, cauza este adesea pur psihogenă. Este cazul unor confuzii care, survenind în condițiile unui traumatism psihic deosebit de puternic, declanșează o stare emoțională intensă, la o personalitate fragilă și predispusă.

DIFICULTĂȚILE CLASIFICĂRII. Iată de ce confuzia mentală nu poate fi considerată o psihoză acută de origine exclusiv neurobiologică. Uneori este foarte aproape de bufeul delirant sau de unele accese catatonice acute care apar în cursul unei evoluții schizofrenice. Putem regreta tendința nosologică actuală, care urmărește să o reducă la un sindrom mental organic (DSM-III R). L. Delasiauve, care a introdus în 1851 termenul de *confuzie mentală*, Ph. Chaslin care, în 1895, a erijat-o într-un veritabil sindrom psihiatric, în cartea sa despre „confuzia mentală primară", cât și școala franceză îi dau, dimpotrivă, un statut nosografic cu totul special. E. Minkowski îi face o analiză fenomenologică în al său *Tratat de psihopatologie*, făcând distincție între categoria de „confuz" și aceea de „vag" (separând-o astfel de schizofrenie), iar H. Ey îi atribuie un nivel specific în ierarhia sa privind destructurarea conștiinței. G. Daumézon vede uneori aici o conduită regresivă în cursul unei faze conflictuale greu de surmontat la unii isterici. Toate acestea, însă, dispar în fața unor preocupări pragmatice legate de urgența unui tratament bazat esențialmente pe cercetarea unor factori etiologici organici.

CONFUZO-ONIRIC (engl. *delirious*). **Se spune despre o stare psihică morbidă care asociază o confuzie mentală cu scăderea nivelului de vigilitate, cu tulburarea gravă a conștiinței și cu un delir care amintește visul.**

Delirul este caracterizat îndeosebi prin halucinații vizuale adesea terifiante și o trăire la care bolnavul aderă total, ca și cum s-ar găsi într-un fel de coșmar trăit cu ochii deschiși. *Delirium tremens* al alcoolicilor reprezintă forma cea mai tipică a stărilor confuzo-onirice.

CONOTAȚIE POZITIVĂ (engl. *positive connotation*). **Principiu terapeutic utilizat inițial de terapeuții familiali din școala de la Milano (M. Selvini-Palazzoli și colab.), prin care terapeutul lasă în mod voluntar impresia că acceptă familia în totalitatea ei, regulile ei de funcționare etc., și că are o atitudine în întregime favorabilă.**

Conotația pozitivă presupune ca regulile de funcționare ale grupului familial în terapie să fie ghicite. Pentru a accede la familie în calitatea ei de unitate sistematică, terapeuții nu explică „jocul", nu-l interpretează, nu critică nimic și par a nu voi să schimbe aici nimic. Situându-se în mod conștient de partea familiei, ei o acceptă și mai ales recomandă să nu se modifice nimic. Făcându-se giranții continuării funcționării familiale obișnuite, ei anulează în secret o regulă a sistemului: metacomunică asupra jocului, îl descoperă, îl exagerează, pentru ca în final să-l facă inacceptabil.

În consecință, în paradigma sistemică, dacă regulile jocului se modifică, simptomele prezentate de un membru al familiei pot să dispară.

CONSIMȚĂMÂNT (engl. *consent*). **Manifestare a voinței exprese sau tacite prin care o persoană aprobă un act pe care trebuie să-l ducă la îndeplinire altcineva.**

Între medic și pacient se instituie un veritabil contract, mai ales cu condiția ca bolnavul (sau reprezentantul său) să-și dea consimțământul „liber și lămurit".

CONSTRÂNGERE (engl. *constraint, restraint*). **Totalitatea atitudinilor, a metodelor tehnice prin care i se impune unui bolnav, contra libertății și voinței sale, o spitalizare, un tratament, o alimentație, o limitare a activității.**

Este cazul internării și al tuturor formelor de terapeutică prescrise fără consimțământul bolnavului. Este, de asemenea, imobilizarea cu ajutorul lanțurilor, înlocuită în secolul al XIX-lea prin jiletci și cămăși de forță, legare de pat, izolare în celule zise „de securitate". I se atribuie alienistului britanic J. Conolly meritul de a fi suprimat cel dintâi constrângerea din tratamentul bolnavilor mintali, apărând principiul nonconstrângerii*. Dar, după câte spune A. Scull, el însuși nu respecta în practica sa cotidiană în întregime acest principiu. Ca și în ceea ce privește legenda înlăturării lanțurilor alienaților la Bicêtre, de către P. Pinel, mitul psihiatrului eliberator ocultează în permanență contradicția fundamentală și dramatică a oricărui tratament psihiatric: a trata o „patologie a libertății" (boala mentală) cere aproape întotdeauna la început o violență și o lezare a libertății bolnavului.

CONTAGIUNE MENTALĂ (engl. *mental contagion*). **Transmitere, prin relație directă, a unor tulburări mentale**

ale unui individ zis „inductor" la unul sau mai mulți alții.

Poate fi vorba de fenomene isterice, corpul medical însuși putând favoriza contagiunea, care se produce prin sugestie și imitație. În cazul acesta putem vorbi de *isterie de cultură*, ca în serviciul de la Salpêtrière, unde J.M. Charcot și elevii săi sugerau, fără a-și da seama de lucrul acesta, tulburări bolnavilor lor zișI „isterici". Este și cazul unor epidemii de convulsii în locurile religioase (posedații din Loudun, „convulsionarii" de la Saint-Médard).

Uneori este un adevărat delir, care se transmite de la un bolnav delirant activ la un subiect mai pasiv care trăiește în preajma sa. Este *nebunia în doi* descrisă de Ch. Lasègue și J. Falret (1877), caz în care cuplul începe să delireze în comun. Adesea subiectul inductor este ușor de recunoscut față de cel indus, subiect plastic sugestionat, simplu debil mintal sau imatur. Adesea, însă, este greu să-i deosebești atunci când, de exemplu, doi paranoici delirează împreună, îmbogățindu-și mutual delirul.

În sfârșit, uneori putem observa adevărate conduite delirante colective care țin de psihopatologia unei mulțimi antrenate de unul sau mai mulți conducători, ei înșiși deliranți. Un exemplu s-a înregistrat în Guyana, unde mai multe sute de persoane, ce aparțineau unei secte religioase, s-au sinucis împreună, la instigarea liderului lor, într-un delir mistic colectiv.

CONTRATRANSFER (engl. *countertransference*). **Ansamblu de efecte inconștiente receptate de către psihanalist, pornind de la transferul analizantului, îndeosebi asupra analistului însuși.**

Dacă definim transferul ca pe o manifestare afectivă a pacientului, este tentant să gândim simetric manifestările afective de răspuns ale psihanalistului și să definim contratransferul ca fiind pasiunile provocate la acesta de persoana analizantului. mult timp a părut că aceste efecte sunt ceea ce îi impunea o analiză didactică, în așa fel încât să-i permită să suporte efectele inconștiente provocate de pacient. Psihanalistul, fără îndoială, receptează destule efecte ale transferului analizantului, dar acestea nu sunt decât în mod superficial afective. Ele ridică la psihanalist problema cauzei interesului său față de psihanaliză, a ceea ce J. Lacan ne propune să numim „dorința analistului".

CONTRAVOINȚĂ (engl. *counter will*). **Tulburare isterică a voinței, în care subiectul face contrarul a ceea ce dorește în mod conștient.**

Contravoința este o noțiune curentă în limba germană, introdusă de J. Breuer și S. Freud (1893–1895) pentru a califica un gest care ar fi tocmai acela care nu se dorește să fie făcut în mod conștient: de exemplu, a tuși atunci când o situație impune liniștea. În unele cazuri extrem de marcate de contravoință putem avea de-a face cu o incapacitate de a răspunde corect la o întrebare sau de a face gesturi obișnuite; în consecință, se manifestă o motivație inconștientă.→ ISTERIE; SINDROMUL GANSER.

CONVINGERE DELIRANTĂ (engl. *delusional conviction*). **Sentiment de certitudine absolută cu privire la o idee delirantă sau fenomen interpretativ, intuitiv sau halucinator, inaccesibil**

judecății critice sau demonstrării evidenței falsității lor.

Convingerea delirantă ține de o credință patologică situată chiar la baza psihoafectivă a delirului. Este o evidență internă în raport cu o perturbare profundă a integrării Eului pacientului în mediul său, perturbare care determină pierderea contactului normal cu realul. Este caracteristica esențială a oricărei psihoze.

CONVULSIE (engl. *convulsion*). **Contracție musculară patologică, involuntară, mai mult sau mai puțin localizată sau generalizată la întregul corp.**

Aceste contracții se numesc *tonice* în cazul în care au un caracter continuu, fără interval de rezoluție musculară (deși ele constituie un fenomen pasager, contrar contracturii). Se numesc *clonice* în cazul în care sunt sacadate. În acest caz secusele au o intensitate și o regularitate variabile. În general, vorbim de convulsii mai ales în cazul celor clonice, fie că o contracție scurtă se repetă la scurte intervale, mai mult sau mai puțin regulate, fie că o contracție prelungită este întreruptă de scurte relaxări musculare.

Convulsiile sunt uneori de origine medulară, dar cel mai adesea cerebrală, depinzând de o hipertermie (în special la sugarul febril), de o anoxie (în cazul unei sincope prelungite), de o intoxicație (otrăvirea cu stricnină), o encefalită, o hipertensiune intracraniană (de origine tumorală, de exemplu) sau de o simplă nevroză isterică. Dar cauza cea mai frecventă a convulsiilor, îndeosebi la adult, rămâne epilepsia*.

CONVULSIOTERAPIE (engl. *convulsive therapy*). **Ansamblu de tehnici de șoc utilizate în tratamentul psihozelor.** (Sinonim: sismoterapie.)

Termenul se referă la convulsii epileptice induse prin anumite tehnici, dar a căpătat o accepțiune mai largă. Azi aceste metode de șoc au căzut în desuetudine în fața succesului chimioterapiei, în afara electrocului, totuși, care, practicat în condiții tehnice speciale, încă mai rămâne cel mai bun tratament al melancoliei.

Dintre numeroasele tipuri de șoc cu efect fericit asupra unor pacienți (șoc coloidoclasic, pneumoșoc), unele au devenit în trecut metode terapeutice recunoscute. Astfel, Wagner von Jauregg a primit Premiul Nobel pentru faptul că, în 1918, a introdus malarioterapia. Inoculând paludismul la pacienții care sufereau de paralizie generală sifilitică, Wagner von Jauregg le reducea tulburările psihiatrice.

M. Sakel (1933) inducea o serie de stări comatoase hipoglicemice prin administrarea la pacienții săi a insulinei. Cura lui Sakel, metodă practic abandonată în zilele noastre, a fost modificată: șocurile „umede" corespund unor stări hipoglicemice mai puțin profunde și mai puțin periculoase. În această tehnică, rezahararea, care aduce glicemia la normal și scoate subiectul din comă, pare să aibă un rol determinant, creând cu echipa de îngrijire condițiile unui schimb psihoterapeutic.

L. von Meduna a observat că subiecții epileptici suferă rareori de tulburări schizofrenice. Această idee, care s-a dovedit falsă, l-a făcut totuși să provoace crize comițiale artificiale la pacienții săi schizofrenici. Crizele erau induse cu ajutorul convulsivantelor.

Unele forme de schizofrenie pot beneficia de convulsioterapie, dar sensibilă la aceasta este mai ales melancolia.

Convulsioterapia prin electroșoc, introdusă de U. Cerletti și L. Bini (1938), constă în a face să treacă un curent electric prin creier, timp de câteva zecimi de secundă (→ ELECTROȘOC). Se declanșează astfel o criză epileptică majoră. Recurgerea la substanțe narcotice înainte de șocul electric (electronarcoză) și la o curarizare care reduce contracțiile musculare a ameliorat mult confortul bolnavului. Sismoterapia prin electroșoc nu merită proasta reputație care continuă uneori a-i fi făcută.

CONVULSIVANT (engl. *convulsivant*). **Substanță capabilă să provoace la adult convulsii, în doze de ordin terapeutic, cel mai adesea la subiecți predispuși).**

Convulsiile apar în cursul supradozajului masiv al diferitelor medicamente. Factorii implicați sunt multipli (acțiune neuroexcitatoare, dezechilibru ionic al activității GABA [acid γ — aminobutiric] sau asfixie). Pentetrazolul, precum și sărurile de stricnină sunt stimulenți centrali ai respirației prin acțiunea lor excitatoare reflexă asupra bulbului și măduvei, facilitând astfel convulsii generalizate. Stricnina este antidotul de preferință în intoxicația cu barbiturice și viceversa. Pentetrazolul a fost utilizat ca adjuvant diagnostic al epilepsiei. Alți convulsivanți: bemegrida, camforul și doxapramul.

COOPER (David). **Psihiatru britanic (Le Cap, 1931 — Paris, 1986).**

Protagonist, cu R.D. Laing, al curentului antipsihiatric, el a scris cu acesta, în 1964, *Rațiune și violență*, carte în care sunt abordate într-o perspectivă sartriană problema nebuniei și alte teme tratate de J.-P. Sartre. Atât în lucrările sale cât și în practică (între 1961–1966 a dirijat o experiență antipsihiatrică, în cadrul unui spital psihiatric londonez), el denunță psihiatria oficială, fiind înstrăinată de trebuințele societății pusă să trădeze astfel minoritatea acestei societăți căreia i se atribuie o situație psihiatrică (*Psihiatrie și antipsihiatrie*, 1967). *Moartea familiei* (1971) prezintă nebunia ca pe o călătorie în sine însuși, în scopul de a scăpa de determinismul familial și social, determinism încă și mai întărit de psihanaliză, pe care el o critică în mod vehement în *Limbajul nebuniei* (1978). *O gramatică pentru folosința celor vii* (1976) se prezintă ca un meșteșug de distrugere a limbajului alienat prin întoarcerea împotriva lui însuși.

COPILĂRIE INADAPTATĂ (engl. *maladjusted childhood*). **Totalitate a copiilor care justifică măsuri educative diferite de acelea folosite pentru majoritatea copiilor.**

Inadaptarea poate ține de copil (handicap motor sau senzorial, deficiență intelectuală, tulburări afective) sau de mediul său social (cazuri zise „sociale", minori în pericol etc.

COPIL ÎN PERICOL (engl. *child in danger*). **1) Copil despre care se presupune că sănătatea, securitatea sau moralitatea nu mai sunt în măsură de a-i fi asigurate, pentru o cât mai bună dezvoltare a sa. 2) Copil ale cărui condiții de educație sunt grav compromise.**

În aceste situații, măsuri de asistență educativă pot fi pronunțate de către judecătorul de copii competent. Legea din 10 iulie 1989 a instaurat în Franța, ca principală inovație, un serviciu național de ajutorare telefonic, gratuit, funcționând 24 de ore din 24 (număr verde 05–05–41–41). Acest serviciu are sarcina de a oferi o audiență

permanentă, de a informa și consilia pe profesioniști, de a-i asculta și ajuta pe părinți. Codul muncii prevede un statut specific pentru copiii care apar în spectacole și copiii-manechini, limitând numărul și durata zilelor de muncă.→ COPIL MALTRATAT.

COPIL MALTRATAT (engl. *battered child*). **Copil care face obiectul unor acte de violență fizică (sau de neglijare de ordin psihoafectiv) din partea părinților sau a unui adult din anturajul său.**

Mai multe zeci de mii de copii sunt în fiecare an, în Franța, în această situație. Majoritatea conservă ulterior sechele, iar câteva sute mor. Simplul fapt de a semnala aceste cazuri autorităților judiciare (procurorul Republicii de pe lângă tribunalul de mare instanță) sau administrative (D.D.A.S.S.) permite evitarea unor atari evoluții. → COPIL ÎN PERICOL.

COPIL SĂLBATIC (engl. *wildchild* sau *wolfchild*). **Copil care a fost privat de orice mediu uman și care prezintă reacții similare cu acelea ale unor animale sălbatice, ceea ce a determinat denumirile de copil-lup, copil-urs, copil-leopard.**

Denumirea de copil sălbatic a fost, pentru prima dată, adoptată de Guiraud și Constant de Saint-Estève, în raporturile lor de poliție care relatează prima și a doua capturare a „sălbaticului din Aveyron", fără îndoială cazul cel mai celebru al unui om considerat „a nu fi în nici un fel civilizat". În psihologie, copiii sălbatici au alimentat două dezbateri: aceea a raporturilor dintre *natură* și *cultură* (engl. *nature–nurture*) și aceea, în parte independentă de prima, a determinismului precoce al ontogenezei.

Din secolul al XIV-lea și până în zilele noastre s-au recenzat vreo cincizeci de ființe umane care au trăit întreaga copilărie sau o parte din ea cu totul izolați de congenerii lor, fiind găsiți în medii populate de animale sălbatice și uneori în compania unora dintre ele. Acest număr este iluzoriu: relatările care menționează asemenea copii sunt cel mai adesea de la a doua sau a treia mână, au caracter anecdotic și sunt pline de detalii inverificabile, rocambolești sau fantastice. Cunoștințele noastre se limitează, de fapt, la câteva cazuri (5 sau 6) relatate de cei care au urmărit evoluția copiilor după capturarea lor. Dintre aceste rapoarte, îl putem cita pe acela al lui J. Itard despre Victor, sălbaticul din Aveyron, pe care filmul lui F. Truffaut, *L'Enfant sauvage* (1970), deosebit de fidel, l-a popularizat, ca și cazul descris în documentele lăsate de reverendul Singh și dr. Sarbadhicari, care s-au ocupat de cele două fete-lupoaice, Amala și Kamala.

Caracterul sălbatic al acestor copii, de vârste diferite, este în primul rând atestat, în momentul capturării lor, de locomoția patrupedă; de nutriția lor: vegetariană la copilul-urs din Hesse și la Victor, carnivoră la Amala și Kamala, găsite într-o peșteră de lupi; de activitățile lor spontane, de culegători sau de vânătoare; de nictalopia lor; de ciclul veghe–somn; de alternanța dintre apatie și excitație; de absența limbajului și totala neînțelegere a unui limbaj uman; de frica lor de oameni; nici unul nu s-a apropiat de bunăvoie de specia sa.

La această populație a fost adesea asimilată categoria copiilor sechestrați, care este una aparte; izolarea lor a putut fi mai profundă decât aceea a copiilor sălbatici; ei au putut trăi fără nici o legătură cu vreo ființă vie, animal sau om. Dar această categorie este de asemenea heteroclită: toți au beneficiat de un aport cultural sau altul; unii au fost îmbrăcați, alții au fost hrăniți

cu alimente fierte și prezentate în recipiente; alții, în sfârșit, puteau folosi o lingură sau un cuțit, un pieptene. Kaspar Hauser, fără îndoială cazul cel mai ilustru, deși ambiguu, și-a scris el însuși numele, presupus al său, în registrul de poliție, la sosirea sa în Nürnberg. Mersul îi era biped, deși clătinător.

Evoluția acestor copii, după reinserția în societatea umană, cât și șansele lor de dezvoltare „normală" încă mai suscită interesul psihologilor. Tentativele educative aplicate acestor subiecți au fost încercări de normalizare. Fie că ele sunt raționale, coerente și planificate, ca la Itard, fie că sunt intuitive și tatonante, ca la Singh, bilanțul lor global nu se arată deloc pozitiv: copilul sălbatic nu reușește să obțină decât o parte din achizițiile reușite de copii nonsălbatici, la vârste anterioare aceleia care îi este atribuită. Comparați cu indivizi nonsălbatici de aceeași vârstă cronologică, deosebirile lor în materie de discriminare perceptivă, de abilitate motorie și de coordonare rămân evidente; la fel de nete apar deficiențele lor în materie de vorbire, de raționament operator, de înțelegere a conceptelor, ca și de reglare socioemoțională: socializarea lor rămâne rudimentară, inclusiv în schimburile cu educatorii. Distanțele rămân atât de mari încât acești copii sunt suspectați de oligofrenie.

Cu toate acestea, o evaluare strict individuală a evoluției lor, absolută și nu doar în raport cu performanțele unui grup-martor, așa cum a făcut-o Itard și pe care au proslăvit-o mai târziu Gesell și Kellog, dovedește schimbări adaptative importante și progrese cognitive. Dar aceste schimbări și aceste progrese sunt obținute prin procedee coercitive, prin dresaj și nu determină o dinamică a schimbării. Vedem, așadar, că dezvoltarea acestor indivizi, ale căror capacități inițiale nu le cunoaștem, a fost grav și definitiv înglodată în datorii de ansamblul privațiunilor suferite de timpuriu. Cu toate acestea, ignoranța în care ne aflăm cu privire la vârsta la care a intervenit privațiunea, cât și durata sa, fac dificilă luarea copiilor sălbatici drept un model pertinent de explicare a ontogenezei. Cel mult putem trage concluzii din convergența dintre anumite trăsături prezente la acești subiecți și trăsăturile observate în experiențele de privațiune realizate la animal, spre a presupune efecte diferite ale privațiunilor, în funcție de vârstă.

Bibl.: Gineste, Th., Postel, J., „J.M.G. Itard și copilul cunoscut sub numele de «sălbaticul de la Aveyron», în *La psychiatrie de l'enfant, XXIII*, 1980; Gineste, Th., *Victor d'Aveyron*, Le Sycomore, Paris, 1982; Lane, H., *L'enfant sauvage d'Aveyron*, Payot, Paris, 1979; Malson, L., *Les enfants sauvages*, Christian Bourgois, Paris, 1964.

COPING (termen englez). **Proces activ prin care individul, prin autoaprecierea propriilor capacități, a motivațiilor sale, face față vieții și mai ales unei situații stresante și reușește să o domine.**

COPROLALIE (engl. *coprolalia*). **Tendință mai mult sau mai puțin irezistibilă de a utiliza un limbaj deosebit de grosolan.**

Acest discurs obscen apare uneori la copii în faza „preocupărilor anale", la adolescenții care doresc să se afirme în fața anturajului lor și la unii demenți. El capătă un caracter impulsiv în boala Gilles de La Tourette*.

COPROFAGIE (engl. *coprophagy*). **Ingestie de excremente, de materii fecale.**

Coprofagia este o formă deosebit de gravă a cacofagiei* întâlnite în stări profund regresive, în cursul schizofreniei și demențelor și în arieratiile fixate la stadiul idioției.

COPROFILIE (engl. *coprophilia*). **Interes anormal pentru materiile fecale, legat de o erotizare exagerată a zonei cloacale și de conduite excrementiale.**

COREE (engl. *chorea*). **Tulburare neurologică a motricității, caracterizată prin mișcări bruște și sacadate, în același timp variabile și imprevizibile, privind unul sau mai multe segmente corporale.**

Există două feluri de coree:

– *coreea Sydenham* sau dansul Sfântului Guy, boală a copilăriei, sindrom coreic sever și generalizat, care se poate asocia cu agitație, iritabilitate și uneori cu tulburări confuzionale și subdelirante, vindecabile în mod spontan, în câteva săptămâni sau luni;

– *coreea Huntington*, cu o evoluție cronică și progresivă, datorată unei afecțiuni ereditare degenerative care afectează nucleii cenușii centrali și cortexul cerebral și care provoacă o deteriorare a funcțiilor cognitive care conduc inexorabil la o stare demențială, apoi la moarte, într-o stare de caşexie și emaciere, la cincisprezece ani după debutul tulburărilor.

CORP CALOS (engl. *corpus callosum*). **Lamă densă de substanță albă care reunește cele două emisfere cerebrale.**

Este cea mai importantă dintre comisurile interemisferice, formând un veritabil pod telencefalic de la o emisferă la cealaltă, pe dedesubtul diencefalului. El cuprinde aproximativ 200 milioane de fibre, din care majoritatea sunt mielinizate.

Împreună cu comisura anterioară, corpul calos are drept rol transmiterea de informație localizată într-o arie corticală la aria controlaterală omoloagă. Drept urmare, secțiunea acestor comisuri (*split brain*) împiedică transferul de informație între aria interpretativă generală a emisferei dominante și cortexul motor controlateral, ceea ce determină o perturbare a activităților motorii la nivelul mâinii și brațului din stânga și absența oricărei tulburări motorii elementare. De asemenea, asistăm la o perturbare a transferului de informații somestezice, auditive și vizuale între emisfera dreaptă și aria interpretativă generală a emisferei stângii, ceea ce poate provoca tulburări ale recunoașterii obiectelor, ale audiției dihotice și ale schemei corporale.

Corpul calos este deci o structură intracerebrală indispensabilă cooperării funcționale a celor două emisfere.

CORTEX (engl. *cortex*). **Parte periferică a emisferelor cerebrale, numită și manta sau *pallium*.**

EMBRIOLOGIE. Cortexul se dezvoltă, pornind de la structuri nervoase embrionare, către luna a 5-a a vieții intrauterine. Activitatea sa funcțională începe la naștere și se intensifică o dată cu dezvoltarea psihică. În plan morfologic, intensificarea activității se caracterizează printr-o îngroșare a păturii corticale și printr-o densificare a conexiunilor sale.

STRUCTURĂ ȘI ASPECT

Aspect macroscopic. Cortexul formează o pătură de substanță cenușie care acoperă întreaga suprafață a emisferelor, până în interiorul șanțurilor corticale.

Structură histologică. Se disting mai multe straturi celulare, de la suprafață în

profunzime, denumirea acestora corespunzând formei celulelor: plexiforme (stratul I); granulare externe (stratul II); piramidale externe (stratul III); granulare interne (stratul IV); piramidale interne (stratulV); fusiforme (stratul VI). Descrierea substanței albe permite apoi distingerea a trei striații în interiorul straturilor corticale: striația Kass–Behterev, în partea superioară a stratului piramidal extern, striația Baillarger externă, în stratul granular intern, și striația Baillarger internă în stratul piramidal intern. Există, de asemenea, fibre albe radiale perpendiculare pe striații, avându-și originea în profunzime și terminația la nivelul striațiilor Baillarger.

DESCRIERE GENERALĂ. Se disting diverse tipuri de cortex. Pe de o parte, alocortexul sau arhipallium, care cuprinde un strat de celule granulare și un strat de celule piramidale. În plan funcțional, acest cortex tapisează lobul limbic și circumvoluția hipocampului. Pe de altă parte, izocortexul sau neopallium, care cuprinde șase straturi celulare și corespunde, în plan funcțional, zonelor de asociație (izocortex homotipic). Izocortexul constituie de asemenea cortexul motor al frontalei ascendente, cu un strat de celule piramidale predominante. În cortexul senzorial, preponderente sunt celulele granulare.

LOCALIZAREA CORTEXULUI LA NIVELUL CREIERULUI

Cortexul motor se situează la nivelul frontalei ascendente. Fiecare teritoriu corporal are o reprezentare corticală potrivit cu o anumită somatotopie. Membrele inferioare sunt reprezentate la nivelul lobului paracentral, iar capul în partea inferioară a circumvoluției frontale (ascendente — notă L.G.). Aria de reprezentare variază conform importanței și fineței mișcărilor maselor musculare.

Cortexul senzorial, care se găsește la nivelul circumvoluției parietale ascendente, prezintă aceeași dispoziție somatotopică existentă la cortextul motor.

Cortexul vizual este situat de-o parte și de alta, precum și în fundul scizurii calcarine. Câmpul superior al retinei se proiectează la nivelul buzei superioare a sciziurii, iar câmpul inferior la nivelul buzei inferioare.

Cortexul auditiv se găsește la nivelul primei circumvoluții temporale și al scizurii Sylvius.

Cortexul olfactiv și gustativ se găsește la nivelul circumvoluției hipocampului și, mai specific, în uncus, pentru senzațiile gustative.

Localizările psihice sunt situate la nivelul lobului prefrontal. Memoria este localizată mai specific, la nivelul lobului temporal. Sediul limbajului se află în emisfera stângă, mai precis, în cadrilaterul lui Wernicke. În această zonă, piciorul celei de a treia circumvoluții frontale (zona Broca) este sediul limbajului articulat. Sediul perceperii limbajului se găsește la nivelul circumvoluției T1 (zona Wernicke).

EXPLORAREA CORTEXULUI CEREBRAL. Tehnica de explorare se bazează esențialmente pe electrocorticografie. Aceasta constă în înregistrarea activității electrice cerebrale cu ajutorul unor electrozi aplicați direct pe cortex, în cursul unei craniotomii. Această tehnică prezintă un cert interes în chirurgia epilepsiei, în ceea ce privește localizarea precisă a întinderii cortexului epileptogen. Este astfel posibilă înregistrarea unei activități electrice anormale în repaus sau stimularea electrică în scopul reproducerii simptomului inițial al

crizelor spontane ale pacientului. După cortectomie, electrocorticografia poate fi executată postoperator pe marginile exerezei, pentru a se supraveghea buna derulare a perioadei postcritice.

Bibl.: Ajuriaguerra, J., Hécaen, H., *Le cortex cérébral. Étude neuro-psycho-pathologique*, Masson, Paris, 1960; Chauchard, I., *Le cerveau humain*, P.U.F., Paris, 1974; Lanteri–Laura, G., *Le cerveau*, Seghers, Paris, 1987; Sourry, J., *Le systemè nerveux central*, Carré et Naud, Paris, 1989.

CORTIZOL (engl. *cortisol*). **Hormon secretat de glanda corticosuprarenală, hormon ce aparține grupului glucocorticoizilor și stimulează catabolismul proteic și formarea glicogenului la nivelul ficatului.**

Proprietățile sale antiinflamatorii explică folosirea cortizonului în terapeutică. Atenția psihiatrilor, însă, a fost reținută de rolul său în stres și în depresie: cortizolul a devenit un indice biologic al anumitor stări psihopatologice. Este studiat în starea de bază și în cursul unor probe dinamice ca DST (Dexamethasone Suppression Test, adică testul de reprimare prin deximetazonă), care pune în joc întregul său sistem de reglare.

COTERAPIE (engl. *cotherapy*). **Terapie efectuată în comun de doi sau mai mulți terapeuți.**

Este frecvent practicată în tratamentele unor grupuri familiale. Oferă numeroase avantaje, cum ar fi repartizarea sarcinilor între terapeuți, facilitarea distanțării în raport cu familia și posibilitatea de a stăpâni mai bine situațiile complexe.

COTOREP. Comisie tehnică de orientare și de reclasare profesională, instaurată în fiecare departament potrivit legii de orientare din 30 iunie 1975, în favoarea persoanelor handicapate (adulte).

COTOREP se compune din 20 de membri numiți pe 3 ani de prefect (cu excepția consilierului general, care este ales de egalii săi). Comisia cuprinde cel puțin 3 medici, reprezentanți ai D.D.A.S.S., ai organismelor de asigurare pentru boală, ai organismelor debitoare de prestații sociale, în direcții departamentale de muncă și folosire a forței de muncă. Comisia se scindează în două secțiuni specializate. Prima secțiune apreciază capacitatea de muncă și propune o orientare profesională. A doua secțiune apreciază gradul de invaliditate și poate atribui o alocație sau alocații în raport cu gradul de invaliditate. COTOREP dispune de o echipă tehnică însărcinată să instruiască fiecare dosar; un membru al acesteia este raportor în fața secțiunii specializate competente.

COTOREP are următoarele competențe: de a recunoaște, dacă este cazul, calitatea muncitorului handicapat, reclasându-l în una din categoriile corespunzătoare capacităților sale profesionale; de a se pronunța asupra orientării persoanei handicapate și asupra măsurilor de asigurare a reclasării sale (formație profesională, stagiu de readaptare sau de reeducare); de a desemna stabilimente sau servicii care să coopereze la reeducarea, la reclasarea și la ajutorarea adulților handicapați (ateliere protejate, centru de ajutorare prin muncă, case de ajutorare specializate); de a decide atribuirea unui loc de muncă rezervat; de a atribui o primă de reclasare; de a atribui alocația pentru adulții handicapați și/sau o altă alocație, dacă anumite condiții sunt îndeplinite; de a atribui cartea de invaliditate.

Decizia comisiei poate fi pusă în practică de handicapatul însuși, de părinții săi, de autoritatea responsabilă a oricărui

centru, stabiliment sau serviciu medical, social sau administrativ interesat. Instruirea dosarului este făcută la cererea secretariatului COTOREP, care sesizează echipa tehnică. Decizia luată de comisie se impune organismelor sociale abilitate (Securitate socială, ajutor social), dar nu persoanei handicapate.

Sunt deschise căi de recurs. Dacă recursul are în vedere recunoașterea calității muncitorului handicapat sau categoria corespunzătoare a capacităților sale opționale, competentă este comisia departamentală a muncitorilor handicapați. Dacă recursul are în vedere atribuirea unei alocații sau desemnarea stabilimentului specializat, competentă este comisia regională a contenciosului tehnic al Securității sociale.

CRACK (termen englez). **Preparat chimic pe bază de cocaină, destinat fumatului.**

Acest alcaloid de cocaină este numit astfel de către utilizatorii săi din cauza zgomotului produs de spargerea cristalelor sale sub efectul căldurii țigării. Un efect euforizant puternic apare la câteva secunde de la inhalarea fumului. Acest efect, de foarte scurtă durată, impune prize succesive apropiate, având drept consecință o dependență rapidă.

CRAMPA SCRIITORULUI (engl. *writer's cramp*). **Distonie de atitudine a membrului superior, caracterizată printr-o jenă resimțită mai mult sau mai puțin dureros, care începe în mână și se difuzează în întregul antebraț, fiind declanșată de gesturile scrisului.**

Nu este o crampă veritabilă (contracție dureroasă și involuntară a unui mușchi), dar termenul este totuși utilizat, deoarece degetele, arătătorul și degetul mare mai ales, se crispează, făcând scrisul din ce în ce mai dificil. Este, în general, o tulburare psihomotorie de origine pur nevrotică (E. Trillat și J.de Ajuriaguerra), neasociindu-se cu vreo anomalie neurologică. Uneori este totuși simptomul unei boli Wilson sau Parkinson, al unei intoxicații cu mangan sau cu unele neuroleptice. Tratamentele propuse sunt relaxarea, desensibilizarea sistematică, bio*feedback*-ul. J. Cottraux a creat o scară de măsurare care permite evaluarea evoluției maladiei și a rezultatelor diverselor terapeutici.

CREDIBILITATE (engl. *reliability*). **Caracter a ceea ce este credibil, demn de crezare.**

Problema se pune în cazul unei lipse de credibilitate privind o relatare, o mărturie care pare să țină de mitomanie sau de delir bine sistematizat și organizat. De aceea autoritățile judiciare pot apela la un psiholog sau la un psihiatru, pentru o expertiză de credibilitate, înainte de a preciza valoarea unor acuzații sau a unor mărturii.

CREIER (engl. *brain*). **Masă nervoasă conținută în cutia craniană și învelită, ca și cerebelul și trunchiul cerebral, de meninge.**

Termenul encefal îi este adesea preferat în limbajul științific.

ISTORIC. Până în secolul al XVIII-lea, studiul creierului rămâne strict anatomic (descrierile lui Galen, Vesal și Vicq d'Azyr). Teoriile funcționale și localizaționiste apar o dată cu descoperirile lui P. Broca. Secolul al XIX-lea vede dezvoltându-se abordarea morfologică veritabilă. Pe parcursul acestei perioade, aportul histologiei este, de asemenea, decisiv pentru descrierea creierului (C. Golgi). În sfârșit, începutul secolului XX marchează vârsta de aur a localizărilor cerebrale, chiar dacă alte teorii, mai glo-balizante, s-au succedat mai înainte (J. M. Charcot). Actualmente, aportul tehnicilor neurobiologice și electrofiziologice, ca și al tehnicilor de imagerie cerebrală, permite o descriere extrem de precisă.

DESCRIERE GENERALĂ. Greutatea creierului adult este de aproximativ 1450 g. El este compus din celule nervoase sau neuroni (între 10 și 100 miliarde). În stare nealterată, se disting două substanțe caracteristice de culoare diferită: o materie albă (compusă din axoni acoperiți cu o pătură izolantă sau teacă de mielină) și o materie cenușie (corpi celulari și axoni nemielinizați), care se găsesc la suprafață, formând astfel cortexul cerebral.

SISTEM PROTECTOR. Creierul este protejat de diverse structuri. Pereții osoși ai craniului și meningele (alcătuite din învelișul extern sau duramater, pătura intermediară sau arahnoida și pătura internă sau piamater) constituie structurile externe. Lichidul cefalorahidian circulă în spațiile subarahnoidiene și în cavitățile cerebrale interne. Cavitățile cerebrale interne sau ventriculele sunt în număr de patru: două ventricule laterale, legate prin orificiile Monro cu ventriculul III, care el însuși comunică cu cel de al patrulea ventricul prin apeductul Sylvius. Bariera hematoencefalică este un proces biologic care permite trecerea substanțelor nutritive din mediul sanguin în lichidul cefalorahidian și împiedică difuzarea unor produse nocive.

DIFERITELE PĂRȚI ALE CREIERULUI. Creierul este divizat în trei părți. *Creierul anterior* cuprinde telencefalul (compus din neocortex, nucleii cenușii bazali și sistemul limbic) și diencefalul (constituit din talamus, epitalamus și hipotalamus). *Creierul mijlociu* este compus din mezencefal. *Creierul posterior* este format din metencefal și din mielencefal.

EMBRIOLOGIE. Pornind de la ectoblast, placa neurală se formează înainte de a constitui tubul neural. Acesta se îngroașă pentru a forma, în partea sa anterioară, encefalul. Creierul se constituie, așadar, pornind de la trei umflături: vezicula cerebrală anterioară, care va deveni telencefalul (acesta constituind, la rându-i, emisferele cerebrale), vezicula cerebrală mijlocie, care va deveni creierul mijlociu, și vezicula cerebrală posterioară, care va constitui mielencefalul și metencefalul.

STRUCTURI SPECIFICE

Metencefalul este o suprafață proeminentă care prezintă, în partea sa externă, protuberanța inelară, inel de fibre care înconjoară trunchiul cerebral.

Mezencefalul sau creierul mijlociu este constituit din pedunculii cerebrali, iar în partea sa dorsală cuprinde relee vizuale importante, adică tuberculii cvadrigemeni: doi superiori și doi inferiori. Partea internă a mezencefalului conține, printre alți nuclei, formația reticulată implicată în vigilitate, veghe și somn.

Creierul anterior este compus din diencefal și telencefal. În diencefal se disting talamusul, epitalamusul și hipotalamusul. Talamusul cuprinde mai mulți nuclei care pot fi regrupați după proiecții sau după funcțiile lor. Primul tip de nuclei constituie relee ale tuturor căilor care conduc spre ariile corticale corespunzătoare. Al doilea tip de nuclei este constituit din structuri de asociație care se proiectează în ariile

corticale specifice, asociative, fără a recepta proiecții senzoriale. Al treilea grup de nuclei este format din nuclei talamici intrinseci. Aceștia recepteaza proiecții de la alți nuclei talamici, în care la rândul lor se proiectează. Ei sunt, de asemenea, în legătură cu formația reticulată. Epitalamusul este compus esențialmente din epifiză și pare să aibă un rol important în procesul de regularizare a ritmurilor circadiene. În sfârșit, hipotalamusul este constituit dintr-o serie de nuclei, situați sub talamus. Acești nuclei au o acțiune preponderentă în activitatea vegetativă și endocrină a organismului și sunt implicați în foame, sete, reglarea termică și comportamentele emoționale.

Telencefalul se divide în trei părți: nucleii cenușii bazali, sistemul limbic și neocortexul. Nucleii cenușii bazali formează, împreună cu talamusul, nucleii cenușii centrali ai creierului, ocupând aproape întreaga parte internă a emisferelor. Distingem printre aceștia nucleul caudat, nucleul lenticular, nucleul amigdalian, precum și corpul lui Luys, *locus niger* și nucleul roșu. Acești nuclei sunt legați cu majoritatea structurilor creierului. Ei par implicați în activitatea motorie extrapiramidală și, în mod potențial, în procesele mnezice. Sistemul limbic este compus din mai multe structuri legate între ele (corpii mamilari, cortexul cingular, hipocampul etc.). Aceste structuri ar fi implicate în memorie și în relațiile emoționale. Neocortexul este o parte a creierului care cuprinde un număr foarte mare de scizuri. Nu există la animal (sic! — notă L.G.) și constituie la om cortexul cerebral. Emisferele cerebrale sunt separate una de alta prin scizura interemisferică. Aceasta se termină pe o structură de fibre albe care leagă cele două emisfere: corpul calos. Celelalte scizuri, de dimensiune mai restrânsă și variabi delimitează lobii și circumvoluțiile.

LOBII CREIERULUI

Lobul frontal cuprinde partea anterio a emisferelor, situată în fața scizurii l Rolando și lateral de scizura lui Sylvius. partea caudală a acestui lob se găseș circumvoluția frontală ascendentă, ca conține celulele sistemului motor pirami dal. Fața ventrală este uneori numită lo orbitar. Lobul frontal cuprinde arii motori primare responsabile de principalele mi cări, arii motorii secundare, care organi zează și controlează mișcările fine și, în sfârșit, cortexul prefrontal (sau zona terțiară), arie de integrare conectată la celelalte structuri corticale și la talamus, vascularizată îndeosebi de artera cerebrală anterioară.

Lobul parietal este delimitat în față de scizura lui Rolando, în partea sa inferioară de scizura lui Sylvius, iar în partea caudală de o linie imaginară care merge de la scizura lui Sylvius la scizura parieto-occipitală. Acest lob cuprinde trei circumvoluții: parietala ascendentă, loc de proiecție a informațiilor somestezice care provin de la căile spino-talamice, circumvoluția parietală superioară și circumvoluția parietală inferioară. Aceasta din urmă pare a fi implicată în limbaj. Ariile parietale posterioare recepteaza proiecții de la aria somatosenzitivă a cortexului asociativ frontal și temporal, precum și de la unele structuri subcorticale. Lobul parietal este vascularizat de artera cerebrală mijlocie pe fața sa externă.

Lobul temporal include structurile cerebrale subiacente scizurii lui Sylvius. El este delimitat în partea sa inferioară de scizura preoccipitală, iar în partea mediană de gyrus hippocampi. Neocortexul temporal cuprinde girusul fusiform și girusul transvers al lui Heschl. Aceste formațiuni constituie ariile primare ale proiecțiilor auditive. Porțiunea limbică a lobului temporal include circumvoluția a cincea temporală și hipocampul (numit uneori lobul limbic), amigdala, formațiile olfactive, uncusul și septumul. Conexiunile intracorticale ale neocortexului temporal cu lobii învecinați sunt multiple. Structurile neocorticale ale celor doi lobi temporali sunt interconectate de corpul calos. Cele două structuri limbice sunt conectate de comisura albă anterioară. Complexul amigdalian are aferențe senzoriale și somestezice multiple și asigură reprezentarea și integrarea funcțiilor auditive. Hipocampul este implicat în controlul vieții emoționale și în memorizare. Lobul temporal este vascularizat îndeosebi de artera cerebrală posterioară.

Lobul insulei, lob profund, este pus în evidență prin îndepărtarea buzelor scizurii lui Sylvius. Are o formă triunghiulară și cuprinde cinci circumvoluții.

Lobul occipital este situat în partea posterioară a creierului. Fața sa internă cuprinde mai multe scizuri și circumvoluții. Scizura corpului calos și scizura calosomarginală delimitează circumvoluția corpului calos. Scizura parieto-occipitală este situată pe fața externă a emisferei, în timp ce cuneus, o altă circumvoluție a lobului occipital, este delimitată de scizura calcarină. În jurul acesteia ajung informațiile de la structurile senzoriale vizuale ale retinei. Pe partea internă a lobului se găsește girusul lingual. Lobul occipital este vascularizat de artera cerebrală posterioară.

DIVIZIUNEA CITOARHITECTONICĂ A CORTEXULUI CEREBRAL. În ceea ce privește morfologia celulară, cortexul cerebral poate fi divizat în șase straturi. Distingem succesiv, de la exterior spre interior: celulele plexiforme (stratul I), stratul granular extern (stratul II), stratul piramidal extern (stratul III), stratul granular intern (stratul IV), stratul piramidal intern (stratul V), celulele fusiforme (stratul VI). Cercetările actuale au permis ilustrarea legăturilor funcționale pe care fiecare dintre aceste straturi le poate stabili cu celelalte și cu restul creierului. Tehnicile de stimulare electrică și de înregistrare electrofiziologică au demonstrat o mare specificitate în organizarea informației în aceste arii. A fost de asemenea stabilit un izomorfism între sistemul senzorial periferic și reprezentarea sa centrală.

NEUROCHIMIA SISTEMULUI CEREBRAL. Creierul se compune din neuroni și din celule gliale. Neuronii sunt legați unii de ceilalți prin sinapse, iar informația se transmite de la un neuron la altul trecând prin spațiul sinaptic. Celula nervoasă este, în stare de repaus, încărcată electric. Depolarizarea induce eliberarea unei cantități precise de neurotransmițători în spațiul sinaptic (respectiva celulă este elementul presinaptic). Neurotransmițătorul se leagă de receptori specifici pe care îi recunoaște la nivelul membranei postsinaptice (aparținând celulei receptoare). Urmează producerea unui semnal la nivelul acestei celule, care se traduce prin modificări ale conformării membranei și intrarea de sodiu sau de potasiu în interiorul celulei. Această modificare poate avea rolul de excitație sau de inhibiție la nivelul căii respective. După activarea sinaptică, neurotransmițătorul poate fi degradat în spațiul sinaptic sau recaptat de elementul presinaptic pentru a fi reutilizat. Există mai multe tipuri de neurotransmițători cerebrali. Moleculele clasice de tip acetilcolină, noradrenalină, serotonină sau

dopamină sunt amine cu greutate moleculară redusă. Ultimele trei fac parte din sistemul catecolaminergic. Există și neurotransmițători constituiți din acizi aminați (glicină, acid gama-aminobutiric, acid glutamic). În sfârșit, anii din urmă au fost marcați de descoperirea unui mare număr de neurotransmițători care aparțin sistemului peptidergic (substanța P, enkefaline, endorfine etc.). Unii neurotransmițători au o localizare cerebrală preferențială și a devenit posibilă stabilirea, cu ajutorul trasorilor radioactivi sau imunologici, a unei cartografii selective a sistemelor cerebrale, utilizându-se un tip particular de neurotransmițători. Mai mulți neurotransmițători pot să coexiste în cadrul unui neuron și pot fi eliberați în cazul stimulărilor electrice.

EXPLORAREA CREIERULUI UMAN. Aceasta este în prezent constituită esențialmente din tehnici electrofiziologice, din tehnici de imagerie și din investigații nucleare.

Tehnici electrofiziologice

Electroencefalograma permite înregistrarea activității electrice cerebrale, cu ajutorul unor electrozi aplicați pe scalp. Ea localizează, prin activitatea lor electrică anormală, zonele patologice și diagnostichează epilepsia.

Electrocorticografia este o înregistrare a activității electrice cerebrale efectuată cu ajutorul unor electrozi aplicați direct pe cortex, în cursul unei craniotomii. Ea permite o explorare privilegiată a cortexului cerebral și se dovedește extrem de utilă în unele cazuri de epilepsie cu o localizare complexă.

Stereoencefalografia permite înregistrarea activității electrice cerebrale cu ajutorul unor electrozi implantați în profunzime prin tehnici stereotaxice. Această metodă este folosită în studierea epilepsiei și a mișcărilor anormale.

Potențialele evocate măsoară răspunsurile electrice date de sistemul nervos unor stimuli externi specifici, care pot fi vizuali, auditivi sau somatosenzitivi. Această tehnică permite diagnosticarea unui obstacol pe o cale senzorială sau o scleroză în plăci în faza de debut.

Tehnici de imagerie cerebrală

Radiografia permite aprecierea diferitelor structuri osoase ale craniului și diagnosticarea unor eventuale leziuni osoase.

Tomografia este un procedeu radiologic care studiază craniul în secțiuni succesive. Actualmente cele mai utilizate pentru explorarea țesuturilor cerebrale sunt tomodensitometria sau scanografia (*scanner*) și tomografia magnetică sau rezonanța magnetică nucleară (R.M.N.). Aceste tehnici permit depistarea cu o înaltă precizie a majorității leziunilor cerebrale organice. În anii ce vin, rezonanța magnetică va înlocui scannerul datorită preciziei sale mai mari. Această tehnică este, într-adevăr, deosebit de utilă în stabilirea unui diagnostic de scleroză în plăci sau a unor tumori care scapă scannerului.

Angiografia explorează arterele cerebrale. Ea a fost treptat înlocuită prin scanare, dar prezintă încă interes în depistarea leziunilor vasculare.

Tehnici nucleare.

Radioizotopia cerebrală permite, cu ajutorul unui trasor radioactiv, să se stabilească o cartografie cerebrală. Ea studiază fluxul sanguin și detectează leziunile intracerebrale. Recent au apărut două dezvoltări importante. Este vorba de aparate cu pozitroni, Positon Emission Tomography (PET), și de Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT). Primul utilizează substanțe marcate care eliberează pozitroni (deoxiglucoză, oxigen), pentru

a studia debitul cerebral și metabolismul celular. Al doilea, prin procedee tomografice, permite studierea debitului în regim cerebral.

Bibl.: Ajuriaguerra, J. de, Hécaen, H., *Le cortex cérébral. Étude neuro-psycho-pathologique*, Masson, Paris, 1960; Delmas, J., *Voies et centres nerveux*, Masson, Paris, 1945 (rééd. 1975); Hubel, D. et alii, *Le cerveau*, „Pour la Science", Belin, 1978; Lanteri-Laura, G., *Le cerveau*, Seghers, Paris, 1987; Lazorthes, G., Gouazé, A., Salomon, G., *Vascularisation et circulation de l'encéphale*, 2 vol., Masson, Paris, 1976, 1978.

CRETIN (engl. *cretin*). **Se spunea, la sfârșitul secolului al XIX-lea, despre un copil care prezenta o arierație mentală legată de o hipotiroidie, cu gușă endemică.**

Gușa este foarte frecventă în regiunile în care lipsește iodul, ca în unele văi din munți. Carența de hormon tiroidian se manifestă printr-o oprire a creșterii, asociată cu întârziere psihomotorie. Copilul prezintă o morfologie caracteristică: membre scurte, un abdomen proeminent, hernie ombilicală, o infiltrare a tegumentelor (miexedem), facies rotund și limbă îngroșată. Țipătul este răgușit și rar, pielea uscată și granuloasă. Mecanismul întârzierii dezvoltării este cunoscut. Hormonii tiroidieni sunt indispensabili pentru creșterea cerebrală, pentru sinteza constituenților lipidici și elaborarea mielinei. Cauzele hipotiroidiei sunt fie absența glandei tiroide, fie o poziție anormală a acesteia sau tulburări congenitale ale hormonogenezei, cu transmisie genetică autosomică recesivă.

Importanța depistării precoce pentru prevenirea arierației intelectuale a făcut ca practica testelor neonatale să fie sistematică, acestea indicând instaurarea imediată a tratamentului hormonal substitutiv și reluarea maturației cerebrale.

CRETINISM (engl. *cretinism*). **Mixedem endemic, caracteristic copilului cretin.**

CRIZĂ UNCINEE (engl. *uncitate fit*). **Varietate de criză de epilepsie temporală, al cărei focar se situează în uncusul girusului hipocampului (partea anterointernă a lobului temporal).**

Se manifestă clinic printr-o stare de obnubilare a conștiinței, mai mult sau mai puțin onirică, cu frecvente iluzii sau halucinații olfactive și, uneori, cu sentimente de *déjà-vu*.

CRONICITATE (engl. *chronicity*). **În patologia mentală, permanență a unei maladii a cărei evoluție are loc în mod continuu sau progresiv, pe parcursul unei lungi perioade de timp, activitatea psihică alterându-se durabil.**

Este cazul unor nevroze grave și al psihozelor zise „cronice", ca delirurile calificate astfel și schizofrenia.

Ca responsabil de această cronicizare a putut fi incriminat azilul de tip vechi și, în general, orice stabiliment spitalicesc psihiatric. Din nefericire azi se constată că o abordare terapeutică mai diversificată și extraspitalicească nu a dus, cum se putea spera, la dispariția totală a cronicității. Aceasta doar s-a deplasat în alte locuri, fie ele structurile intermediare cele mai variate, fie unele medii familiale (unde, de altfel, întotdeauna a fost întreținută).

CURA LUI SAKEL. Tehnică de șoc utilizată odinioară în tratamentul psihozelor. → CONVULSIOTERAPIE.

CURARA (engl. *curare*). **Otravă de origine vegetală care are o acțiune paralizantă, prin suprimarea contracțiilor musculare.**

Utilizată uneori de indienii din America de Sud, care ungeau cu ea vârfurile săgeților, spre a-și paraliza prada sau dușmanii, este folosită în anestezie, sub forma a numeroși curarizanți sintetici, spre a se evita contracțiile musculaturii bolnavului. Este cazul, în special, în medicația pregătitoare pentru electrosoc.

CURARIZARE (engl. *cuarisation*). **Utilizarea curarei sau a unui curarizant sintetic, în scopul suprimării contracțiilor musculare în anumite intervenții chirurgicale sau în cazul aplicării electrosocului.**

În cursul acestuia din urmă, contracțiile musculare puternice, provocate de criza electrică, sunt uneori cauza unor fracturi și tasări de vertebre. De aceea curarizarea este în prezent în mod sistematic asociată electrosocului, evitându-se astfel de complicații. Se folosesc în acest scop, sub anestezie generală, curarizanți sintetici cu acțiune de scurtă durată, în general derivați ai succinilcolinei.

CURATELĂ (engl. *curatelage*). **Măsură de protecție pronunțată de un judecător cu privire la persoane majore care, din cauza unei alterări a facultăților lor mentale, au nevoie de consiliere și de control continuu în actele vieții lor civile.**

Curatela a fost instaurată prin legea din 3 ianuarie 1968, care a reformat în Franța dreptul persoanelor majore incapabile. Unele persoane nu mai sunt în stare să-și apere interesele, să practice actele elementare ale vieții civile. Este cazul unui număr de bolnavi mintali sau și al unor persoane care prezintă infirmități corporale, tulburări care împiedică exprimarea voinței sau discernământul. Înainte de legea din 1968, numai bolnavii care făceau obiectul unei internări erau deposedați de gestiunea patrimoniului lor, pe toată durata spitalizării. La ieșire ei își recăpătau de îndată toate drepturile civile. În urma legii din ianuarie 1968, medicalul și juridicul sunt separate; astfel, de exemplu, cutare pacient tratat în ambulatoriu poate să facă obiectul unei curatele, pe când un altul, spitalizat psihiatric, își va păstra capacitatea juridică (putându-și practica personal drepturile și obligațiile). Legea din 1968 enunță principiul general de nulitate a actelor juridice în caz de insanitate mentală și instituie trei mari regimuri de protecție: salvgardarea judiciară, tutela și curatela. Salvgardarea judiciară este o măsură de urgență, pe când tutela este o măsură în caz de incapacitate totală.

Curatela este pronunțată de judecătorul de tutele la nivelul tribunalului de instanță. Sesizat la cererea unuia dintre apropiații celui interesat, judecătorul se poate sesiza și din oficiu, pe baza avizului unui terț. Procedează în acest caz la instruirea afacerii: audierea celui interesat și a familiei, avizul medicului curant, certificat din partea unui medic specialist înscris pe lista procurorului Republicii. În deschiderea curatelei sau într-o judecată posterioară, judecătorul poate enumera unele acte pe care persoana în cauză va avea capacitatea de a le face singură sau, invers, va adăuga alte acte la acelea cerute de asistența curatorului. Curatorul este soțul, un membru de familie sau o asociație tutelară agreată. Majorul aflat în curatelă nu poate, fără asistența curatorului său, să efectueze acte ca folosirea de capitaluri, căsătorie, donație,

act de dispunere. El își poate totuși percepe veniturile, cu excepția cazului în care judecătorul dispune că numai curatorul este abilitat să le perceapă și să regleze cheltuielile față de terți. El poate vota, dar nu mai este eligibil. Dacă persoana aflată în curatelă a săvârșit singură un act pe care nu-l putea săvârși decât cu asistența unui curator, actul este anulabil în anumite condiții sau poate fi confirmat de către curator. În situațiile în care curatorul refuză asistența pentru un act, persoana aflată în curatelă poate cere judecătorului tutelar o autorizație supletivă. Un recurs contra hotărârii care deschide (sau refuză să deschidă) curatela este posibil în fața unui tribunal de mare instanță. Curatela încetează o dată cu cauzele care au determinat-o, printr-o judecată de ridicare, după aceleași formalități ca la deschidere. În unele cazuri, judecătorul poate pronunța o hotărâre prin care instituie o tutelă.

CURĂ DE DEZINTOXICARE (engl. *desintoxication treatment* sau *withdrawal treatment*). **Tratament care are drept scop vindecarea unei intoxicații cronice; în sens restrâns, tratamentul sindromului de sevraj (cură de sevraj); prin extensie, tratament al toxicomanilor.**

Pentru a desemna tratamentele care vizează diminuarea simptomelor de lipsă, în cazul în care un toxicoman încetează să-și mai administreze drogul, specialiștii vorbesc azi de *cură de sevraj*. Dezintoxicarea rămâne totuși un concept mitic, atât la marele public cât și la toxicomani. Trebuie deci să regrupăm sub acest termen toate abordările terapeutice ale toxicomaniilor.

PRIMELE METODE DE DEZINTOXICARE. Primele descrieri ale toxicomaniilor moderne, în a dòua jumătate a secolului al XIX-lea, s-au referit la dependența față de opiacee și îndeosebi la morfinism (S. Levinstein, B. Ball, E. Chambard, E. Pichon). Importanța dependenței fizice în această toxicomanie și caracterul spectacular al sindromului de sevraj au făcut ca accentul să fie pus în primul rând pe mijloacele de a depăși momentul lipsei fizice. Prima metodă utilizată a fost aceea a suprimării bruște (Levinstein), constând pur și simplu în a izola pacientul, fără tratament, atâta timp cât era necesar. Opusul acestei metode, diminuarea progresivă a rației de drog (Pichon), prezenta și ea câteva inconveniente, mulți subiecți ieșind din tratament mai intoxicați decât erau la început. Cu timpul s-a impus o metodă de diminuare rapidă sub control (Ball, R. Erlenmeyer etc.). Dar era necesar ca în paralel să se dezvolte tentative de tratamente paliative sau de substituție (cu cocaină, cu heroină etc.). Adesea aceste tratamente s-au aflat la originea a noi forme de toxicomanie.

Frecvența recidivelor a arătat în scurt timp limitele curei de dezintoxicare și a subliniat importanța continuării acesteia. Înainte de psihanaliză, s-a încercat prevenirea recidivelor cu ajutorul tratamentului moral, al hipnozei și sugestiei.

METODELE ACTUALE DE DEZINTOXICARE. Majoritatea specialiștilor sunt de acord că o cură nu este decât un element al tratării toxicomanilor: un sevraj se poate efectua în câteva zile sau săptămâni, pe când tratamentul se întinde adesea pe parcursul a mai mulți ani. Între sevrajul-bloc (metodă brutală, acel „Cold Turkey" al anglo-saxonilor), practicat în unele comunități gerate de foști toxicomani, și sevrajul cu totul progresiv există și azi

o mulțime de tehnici intermediare. Utilizarea de antalgice, de tranchilizante și de derivați ai clonidinei (care, fără efecte prihotrope importante, blochează efectele sevrajului de opiacee) face totuși din sevraj o entitate bine cunoscută pe plan medical și destul de ușor de tratat. Multe sevraje se pot astfel opera ambulatoriu, fără recurgerea la spitalizare.

Tratamentul toxicomaniilor, ca și tehnicile de sevraj, este miza unor polemici care depășesc cu mult simplul cadru al tehnicilor medicale. Dincolo de luările de poziție teoretice sau de certurile dintre specialiști (care pledează pentru concepții biologice, psihanalitice sau comportamentiste), diferitele strategii terapeutice sunt efectul modelelor implicite de înțelegere a toxicomaniei. O teorie a acestor practici ar clarifica concepțiile morale, publice, cât și biologice sau psihologice.

TRATAMENTUL TOXICOMANIILOR. Supravegherea toxicomanilor se face cel mai adesea printr-o rețea de instituții specializate, fiecare țară tinzând, din anii 1970, să creeze un sistem de îngrijiri specific. Schematic, este posibil ca, având în vedere modelele propuse, să le diferențiem în două sisteme.

Luarea în sarcină globală a toxicomanului. Aceasta vizează dispariția toxicomaniei și se exprimă prin două mari moduri de abordare.

Tratamentele de întreținere (engl. *maintenance*). Propusă în anii '60 de către americanii V. Dole și M. Nyswander, această *maintenance* cu metadonă constă în administrarea cotidiană a unei doze din acest opiaceu cu acțiune de lungă durată. Este deci vorba de a admite imposibilitatea sevrajului și de a-i furniza subiectului un drog legal, în speranța de a-l vedea reinserându-se și stabilizându-se pe plan social și afectiv: această abordare este extrem de constrângătoare pentru pacient (obligația de priză cotidiană a drogului legal, într-un centru, după analiza urinei etc.).

Tratamente bazate pe izolarea subiectului de restul societății. Primul model al acestor tratamente a fost, în cadrul criminalizării toxicomaniilor, crearea de mari „spitale-închisoare" în Statele Unite (Fort Worth în Texas, Lexington în Kentucky). Ideea de neimaginabile chinuri ca de închisoare pentru a-i „îngriji" pe toxicomani este cu regularitate redescoperită de unii oameni politici.

Comunitățile terapeutice gerate de foști toxicomani participă adesea la același model: se pune problema „spargerii" personalității celor noi, a integrării lor, pentru un timp nedeterminat, într-un grup, într-o instituție izolată de restul societății. Dificultatea controalelor exterioare și dezvoltarea unora dintre aceste structuri stârnesc numeroase polemici. O problemă centrală este asimilarea acestor structuri cu unele secte. Unele comunități includ în acțiunea lor colaborarea cu alte instituții, cu familiile etc.

Modele complexe. La cealaltă extremă se află așa-zisele modele complexe, care tind să țină seama de diversitatea infinită a psihologiei toxicomanilor. Modelul francez, oricât de anarhic ar putea să pară, este un exemplu în această privință. El constă dintr-o rețea evolutivă de structuri de ajutoare, de cazare, de însoțire, de audiere, de cură, de postcură, de reinserție socială. Păstrându-și posibilitatea unui terapeut referent, într-o relație în care poate avea loc audierea psihanalitică, subiectul trebuie să găsească răspuns la problemele sale imediate: loc pentru un sevraj, îndepărtare de mediul obișnuit, printr-o ședere de cel puțin câteva săptămâni într-un centru de postcură sau într-o familie de ajutorare etc. Considerându-l pe toxicoman persoană responsabilă, susținătorii acestui model stăruie asupra importanței unei opțiuni voluntare a subiectului, în orice etapă a tratamentului, și asupra eșecului oricărui tratament impus. Această concepție implică o anumită funcție „pozitivă" a drogului: tratamentul nu trece prin abstinența cu orice preț, ci prin accederea de către subiect la capacitatea de a opta (C. Olievenstein vorbește de accederea la „democrația psihică").

Bibl.: Lert, F., Fonbonne, E. *La toxicomanie. Vers une évalution de restraitements*, I.N.S.E.R.M., „La Documentation française", 1989.

CURĂ INSULINICĂ → CONVULSIOTERAPIE.

CUVADĂ (eng. *couvade*). **Comportament al tatălui care ia locul și rolul mamei în zilele care preced și care urmează nașterii copilului său.**

Cunoscută din antichitate și practicată în diverse forme în multe societăți tradiționale (E.B. Tylor) și chiar și recent în Franța, într-o anumită regiune (P. Abély), cuvada semnifică în psihiatrie „manifestări psihopatologice la bărbați în perioada de graviditate a soției sau puțin după naștere" (A. Haynal). Este deci vorba de toate tulburările mentale legate de puerperalitatea masculină.

După W.H. Trehovan, cel mai adesea este vorba de simple manifestări anxiodepresive, asociate în special cu tulburări psihosomatice, dintre care unele par strâns legate de o simbolistică puerperală: alternanță de anorexie și bulimie, dureri și balonări abdominale, colici intestinali, micțiuni frecvente și mai ales dureri de dinți. Acestea din urmă ar fi provocate de un fel de simpatie magică față de mamă, bazată pe vechea credință populară că „sarcina strică dinții".

Identificarea tatălui cu mama poate adesea să ducă până la o pierdere a identității și la adevărate crize de delir reacțional atunci când soția sa naște. Aceste psihoze puerperale masculine survin la bărbați a căror identitate sexuală este fragilă (E. Jacobson), ei fiind incapabili să-și suporte rolul patern. Acești bărbați păstrează o puternică „pizmuire a capacității feminine" de a avea copii. Ei se identifică deci profund cu cea care naște și exprimă numeroase fantasme de reproducție în delirul lor, a cărui evoluție rămâne cel mai adesea benignă.

În afară de episoadele delirante, care necesită un tratament neuroleptic, anxioliticele și antidepresorii ușori sunt în general de ajuns ca să calmeze tulburările minore ale „sindromului cuvadei". O psihoterapie de inspirație psihanalitică poate apoi ajuta la restabilirea unei mai bune identități sexuale.

Bibl.: Enoch, D., Trehowan, W., *Uncommon Psychiatric Syndroms*, G.B., Butterworth Heinemann, Oxford, 1991.

CVERULENȚĂ (engl. *querulousness*). **Tendință patologică de a reclama repararea de pagube și de injustiții care par imaginare.**

Fie într-un mod exclusiv expresiv, fie în unul procesiv, cu angajarea de proceduri administrative sau judiciare abuzive, această tendință poate deveni de-a dreptul delirantă. Ea se confundă în acest caz cu delirul de revendicare.

D

DEBIL (engl. *mental deficient*). **Persoană atinsă de debilitate mentală.**

Se face distincție între *debilul ușor*, subiect caracterizat de un coeficient de inteligență situat între 50 și 75 la probele psihometrice, și *debilul profund*, subiect caracterizat de un coeficient de inteligență care nu depășește 50 la probele psihometrice.

DEBILITATE (engl. *mental deficiency*). **Stare permanentă de insuficiență intelectuală, care nu permite să se răspundă cerințelor mediului.**

CARACTERISTICI. Dacă luăm drept referință teoria lui J. Piaget despre inteligență, debilii ajung la stadiul operațiilor concrete, dar niciodată la stadiul formal, care implică raționamentul asupra propozițiilor. Dintr-o perspectivă developmentală, debilitatea se caracterizează prin încetineală și limitarea dezvoltării intelectuale.

Comparația cu copiii mai mici, a căror „vârstă mentală" este aceeași cu vârsta cronologică, trebuie făcută cu precauție: întârzierea nu este aceeași în toate sectoarele de dezvoltare; mai mică în ceea ce privește sarcinile psihomotorii, ea este mai importantă în ceea ce privește sarcinile spațio-temporale (heterocronie). Deficitul intelectual ține pasul cu un anumit deficit social, care se manifestă îndeosebi prin egocentrism, sugestibilitate, rigiditate și dificultatea de a se adapta la situații noi. Noțiunea de debilitate se referă în mare parte la exigențele mediului.

DIAGNOSTICUL. Diagnosticul de debilitate se face pornind de la testele de inteligență generală, construite în așa fel încât un individ mijlociu să aibă un coeficient de inteligență (Q.I.) egal cu 100 și ca aproximativ 2% din populație să aibă un Q.I. inferior lui 70. Validarea externă a rezultatelor la aceste teste se face în principal prin reușita școlară. Un proces-verbal de debilitate, pornind de la asemenea criterii psihometrice, pune problema etiologiei și pronosticului. Pentru un anumit număr de cazuri în care debilitatea este adesea profundă (Q.I. cuprins între 30 și 50), poate fi pusă în evidență originea organică.

În cazurile de debilitate ușoară, în schimb, al căror diagnostic se face cel mai

adesea după intrarea în școlaritatea obligatorie, pot fi formulate diferite ipoteze. Pe de o parte, ar exista o debilitate endogenă, legată de transmiterea genetică a aptitudinilor (și inaptitudinilor) intelectuale. Pe de altă parte, debilitatea ar fi consecința circumstanțelor de mediu nefaste; într-adevăr, ea este mai frecventă în mediile defavorizate economic, social și cultural.

Mecanismele de construcție ale unei asemenea debilități sunt multiple și amestecate: malnutriție, lipsa de stimulare, absența predictibilității evenimentelor, lipsa de soluții pozitive la inițiative și la tentativele de autonomie. Chiar dacă la acești copii poate fi pus în cauză echipamentul genetic (cu toate că cercetările privind copiii adoptați au demonstrat importanța lor redusă), factorii de mediu pot împovăra mult factorii genetici. Noțiunea de debilitate include ideea de permanență și de ireversibilitate. Cu toate acestea, constanța Q.I. depinde de susținerea, cognitivă și afectivă, acordată debililor pentru a se insera în societate: unii debili școlari nu mai sunt debili mai târziu, în măsura în care au fost găsite condițiile propice dezvoltării lor. Aceasta înseamnă a releva importanța unei educații speciale, care îi face pe debili să stăpânească anumite deprinderi fundamentale (citit, rudimente de calcul) și să învețe o meserie care să le permită să fie independenți la vârsta adultă.

DEFICIENȚELE ORGANICE. Debilitatea mentală nu apare ca o entitate izolabilă, dar autorii subliniază diversitatea structurilor morbide care includ deficiența intelectuală. Arieratiile și debilitățile profunde se regăsesc la subiecți atinși de handicapuri multiple.

Cauze și depistare. Cauzele identificate se pot situa înainte sau după naștere.

Cauze antenatale. Acestea sunt encefalopatiile progresive care afectează ereditar un sistem enzimatic, cea mai cunoscută fiind fenilcetonuria, depistată de testul Guthrie* și evitabilă printr-un regim sărac în fenilalanină; encefalopatiile endocrine (→ CRETIN), malformațiile cerebrale (spina bifida, microcefalie) sunt cauze de debilitate de diverse grade. Aberațiile cromozomice, între care trizomiile 21, reprezintă un deficient mental din cinci. Unele embriofetopatii, ca rubeola, asociază la deteriorarea intelectuală anomalii vizuale, auditive și cardiace. Intoxicațiile cu tutun și alcool, în special, favorizează suferința fetală, asociată cu întârziere de creștere și prematuritate.

Cauze postnatale. Meningitele, sursă de convulsii, stau uneori la originea unor leziuni cerebrale definitive; la fel stau lucrurile în cazul encefalopatiilor acute. Cu toate acestea, mecanismele care leagă acești factori organici de insuficiența intelectuală nu sunt cunoscute și nu există proporționalitate riguroasă între difuzarea leziunilor și gradul de deficiență. Această deteriorare neurologică nu este decât rareori regăsită la copiii cu debilitate mijlocie și ușoară.

Studiile epidemiologice. Dimpotrivă, studiile epidemiologice pun în evidență, la acești copii, factorii afectivi, carențele socioculturale, absența stimulării din partea anturajului și rolul adesea nefast al măsurilor segregative luate prea de timpuriu. Unii dintre ei prezintă tulburări psihiatrice, psihoze infantile deficitare, dizarmonii evolutive* sau tulburări nevrotice. Depistarea precoce a acestor tulburări și luarea de măsuri, în special psihoterapeutice, permit evitarea sau întârzierea debilizării, care duce la o deficiență armonică, adică

la un mod de funcționare mentală stereotipă, șablonardă. Terapiile psihanalitice au permis mai buna înțelegere a dinamicii psihice a copiilor deficienți și evaluarea importanței mecanismelor de identificare a copilului cu părinții. → ARIERAȚIE MENTALĂ.

Bibl.: Inizan, A., Tastovre, *Les enfants dits débiles. Approches psychopédagogiques*, E.S.F., Paris, 1978; Mirail, M. (eds.), *La débilité mentale de l'enfant*, Privat, Toulouse, 1979; Zazzo, R., *Les débilités mentales*, A. Colin, Paris, 1971 (trad. în românește de Sergiu Ștefănescu-Prodanovici și Florica Nicolescu, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1979 — notă L.G.).

DECEREBRARE (engl. *decerebration*). **Transecționare a trunchiului cerebral în partea sa superioară, între tuberculii cvadrigemeni anteriori și tuberculii cvadrigemeni posteriori (secțiune intercoliculară).**

Decerebrarea a fost realizată pentru prima dată la animal de către Ch. Sherrington. Animalul decerebrat rămâne într-o atitudine pietrificată datorită unei exagerări a activității tonice a mușchilor extensori antigravitari. Această rigiditate cu pronația membrelor superioare și extensia membrelor inferioare se regăsește în patologia umană în cazurile de suferință corticală extinsă, în special în unele come, pentru care constituie un semn de gravitate.

DECOMPENSARE NEVROTICĂ (engl. *neurotic decompensation*). **Dintr-o perspectivă psihodinamică, criză asociată cu prăbușirea defenselor nevrotice obișnuite la un subiect a cărui nevroză era până atunci relativ compensată și care este brusc confruntat cu o situație dificilă din punct de vedere afectiv sau periculoasă, căreia nu-i poate face fa[ță] pe plan emoțional.**

Y. Pelicier a definit-o, în 1971, ca [...] „o tulburare de comportament, mai m[ult] sau mai puțin acută, care survine în isto[ria] unui nevrotic și care se manifestă prin m[ulte] multe simptome nespecifice". Poate [fi] vorba de fapt de un paroxism pantofob[ic] (adică de o fobie extremă, difuză, în ca[re] angoasa se deplasează de la un obiect l[a] altul), de un episod confuzional sau chi[ar] de o stare psihotică în general tranzitor[ie] și de tip reacțional. Mai rar, decompen[-] sarea poate fi calea de intrare într-[o] psihoză cronică, la un pacient deosebit d[e] vulnerabil. Uneori se află și la originea unor maladii psihosomatice care, într-un fel, iau locul nevrozei de până atunci.

DECONDIȚIONARE (engl. *decondi-tioning*). **Proces la capătul căruia o reacție dobândită încetează de a se mai manifesta.**

Termenul este uneori folosit în terapia comportamentală atunci când se consideră că originea unei reacții (de exemplu, o reacție anxioasă) se datorează unei condiționări și că terapia are drept scop dispariția acelei reacții. Se crede în acest caz că procesul de formare al unui simptom poate fi asimilat cu acela al unui reflex condiționat. Decondiționarea prezintă, într-adevăr, analogii cu procesul în care un răspuns condiționat stabilit în mod experimental încetează de a se manifesta fie din cauza dispariției stimulului, fie din cauză că reacția însești încetează de a fi întărită.

DEDUBLAREA PERSONALITĂȚII (engl. *dual personality*). **Stare secundă, de origine isterică, a cărei caracteristică este apariția alternantă a unor personalități distincte, la același subiect.**

În această atingere a unității personalității sale, pacientul este convins că există în el mai multe personaje diferite, care trăiesc pe rând sau simultan, fiecare pentru sine, o viață total diferită. Marton Prince (1854–1920), Th. Flournoy (1857–1919) și P. Janet (1859–1947) au efectuat observații îndelungate ale bolnavilor de tipul acesta. La subiecții predispuși, hipnoza și sugestia pot produce în mod artificial asemenea dedublări. În ale lor *Studii asupra isteriei* (1895), J. Breuer și S. Freud au demonstrat că astfel de manifestări se observă prin excelență la isterici.

DEFICIENȚĂ MENTALĂ (engl. *mental deficiency* sau *impairment*). **Orice insuficiență psihică, fie ea dobândită sau congenitală.**

Termenul vizează mai ales insuficiențele sau arieratiile intelectuale. Ca urmare a studiilor lui M. Bury și P. Minaire, distingem în prezent trei planuri: *deficiența* (engl. *impairment*), care desemnează maladia mentală și tulburările sale; *incapacitatea* (engl. *desability*), care rezultă din deficiență și definește consecințele morbide funcționale, deficitul care poate fi măsurat și care dă dreptul la compensare financiară; *handicapul*, care corespunde consecințelor socioprofesionale ale deficienței și deficitului. Acesta din urmă, după cum vedem, nu este cuantificabil și trebuie analizat în termeni situaționali. → ARIERAȚIE MENTALĂ; HANDICAP MENTAL.

DEFICITAR (Ă) (engl. *defective*). **Se spune despre o persoană care prezintă un deficit intelectual fie prin deficiență sau arieratie mentală, fie prin deteriorare demențială.**

DEFICIT INTELECTUAL (engl. *mental defect*). **Insuficiență de eficiență intelectuală, reprezentând unul din aspectele clinice importante ale unei deficiențe mentale, făcând un subiect incapabil de a răspunde în mod adaptat cerințelor mediului.** → ARIERAȚIE MENTALĂ.

DEGENERESCENȚĂ (engl. *degeneration*). **Degradare a unei ființe vii.**

Termenul *a degenera* apare în secolul al XIV-lea, cu sensul literal de „a-și pierde calitățile naturale ale rasei". La sfârșitul secolului al XVIII-lea, *degenerare* și *degenerescență* capătă foarte repede un sens medical precis, specific anatomopatologiei născânde, sensul de „transformare patologică a unui țesut" (tocmai cu acest sens conceptul continuă să fie larg utilizat de către neurologi). Naturaliști ca J. Lamarck sau Buffon definesc degenerescența ca pe o „deviație naturală a speciei". B.A. Morel face din ea o „deviație maladivă a speciei". Conceptul nu încetează să evolueze în cursul elaborării unor teorii succesive pe care le susține: *teoriile degenerescenței.*

TEORIA LUI MOREL. Formalizată în Franța la mijlocul secolului al XIX-lea, această teorie cunoaște o foarte largă răspândire în întreaga Europă și funcționează practic ca o dogmă până la primul război mondial. Primă teorie etiologică globală a nebuniei, care permite inserarea psihiatriei în cadrul medicinei, ea răspunde proiectului cu totul pozitivist al lui B.A. Morel de a învedera principiul de bază al bolilor mintale și de a le regăsi într-o clasificare naturală.

Ca majoritatea alieniștilor epocii sale, Morel dă eredității un loc absolut central în teoria sa. În ceea ce privește problema evoluției, catolicul convins care era Morel nu este darwinist, dar aderă la transformismul lui Buffon și Lamarck, degenerescența

fiind o transformare patologică survenită la omul pe care Dumnezeu l-a creat perfect. Credința sa îl conduce în același fel la descrierea unei relații consubstanțiale a sufletului cu corpul, plasând pe același plan cauzele fizice și cauzele morale, ceea ce îi permite să nu atribuie decât un singur loc de acțiune degenerescenței: sistemul nervos. El descrie cauze predispozante, fizice sau morale, individuale sau generale, care, prin sumație ereditară, duc la constituirea „predispoziției", teren deosebit de fragil pe care survine nebunia, de îndată ce apar cauzele determinante care îl împing pe cel predispus către cutare sau cutare tip morbid.

În clasificarea sa din 1860, Morel opune afecțiunile accidentale afecțiunilor constituționale. În prima grupă el rânduiește nebuniile prin intoxicare, nebuniile isterice, epileptică și ipohondriacă, nebuniile simpatice, nebuniile idiopatice și demența. În a doua grupă, cea mai importantă, clasifică nebuniile ereditare, pe care le împarte în patru clase, de gravitate crescândă, de la simpla „exagerare a temperamentului nervos" până la clasa imbecililor, idioților și cretinilor.

TEORIA LUI MAGNAN. Opera lui Morel este, din 1860, obiect a numeroase dezbateri și lucrările asupra degenerescenței încep să se multiplice. V. Magnan este însă cel căruia îi datorăm sistematizarea definitivă, care duce la definiția din 1895: „Degenerescența este starea patologică a ființei care, în comparație cu generatorii săi imediați, este din punct de vedere constituțional împuținat în ceea ce privește rezistența sa psihologică și realizează doar incomplet condițiile luptei pentru viață: această împuținare, care se exprimă prin stigmate permanente, este esențialmente progresivă, cu excepția regenerării intercurente; dacă aceasta lipsește, degenerescența duce mai mult sau mai puțin repede la dispariția speciei".

Așadar, referirea la generatorii imediați (și nu la tipul primordial perfect) și introducerea conceptului de luptă pentru viață deplasează degenerescența din contextul religios, în care o situase Morel, într-un context evoluționist darwinist.

Magnan propune, pe de altă parte, un model anatomic al sistemului nervos caracterizat de o ierarhizare a nevraxului de la măduva inferioară până la creierul anterior, căreia îi corespunde o ierarhizare a funcțiilor, de la cele mai instinctive la cele mai elaborate. Fiecărei leziuni îi corespunde deci o patologie precisă și constantă. Magnan își elaborează teoria axând-o pe patru concepte fundamentale.

Predispoziția. Este starea inițială a degeneratului, în absența complicației. Predispoziția poate fi organică, psihologică sau socială. Ea poate fi dobândită sau ereditară. Poate fi, în sfârșit, simplă (sau latentă), caracterizată anatomic prin cea mai slabă rezistență a creierului, sau poate fi maximală, cu o lezare cerebrală importantă și difuză.

Dezechilibrul. Noțiune destul de vagă, dezechilibrul califică pierderea de sinergie între centrii nervoși și se exprimă printr-o dispariție a armoniei între diferitele funcții. Pe scurt, mecanismul dezechilibrării se poate descompune în trei termeni: distrugere sau oprire în dezvoltarea unor centri; supraactivitate episodică sau durabilă a unor centri; diminuare de moment sau durabilă a altor centri. Consecințele imediate ale acestei dezordini sunt: 1) suprimarea unor funcții; 2) automatismul centrilor supraexcitați; 3) inhibiția exagerată exercitată asupra centrilor mai puțin valizi.

Stigmatele. Vechea idee că soma (corpul) exprimă calitățile sufletului a fost deja reluată de Morel, cititor al lui F.J. Gall. Stigmatele sunt „atributele noii ființe care este degeneratul". Ele pot fi morale (aberație intelectuală sau afectivă, inadaptare socială) sau fizice (atrofii, hipertrofii sau distrofii). Stigmatele își pun pecetea pe degenerescență și sunt cel mai adesea martorii funcției asupra căreia aceasta s-a exercitat în mod deosebit.

Sindroamele episodice. Sunt situații mentale contingente, episodice și secundare care survin la cei predispuși; manie și melancolie, delir cronic și nebunii intermitente la predispușii simpli; nebunie lucidă (obsesie, impulsie), manie rațională, delir polimorf sau delir subit la predispușii maximali. Pe lângă această categorie de alienare care survine la degenerați, Magnan descrie o categorie de alienări „accidentale", legate de factori etiologici puternici, unici și dobândiți, care regrupează unele deliruri (epileptic și isteric), nebuniile toxice (alcoolică, febrilă etc.) și demențele organice (tumori, sifilis etc.).

PROBLEMA TRATAMENTULUI. Deplasând problematica bolii mentale pe terenul eredității, teoria degenerescenței deplasa în același timp problematica tratamentului individual asupra aceleia a profilaxiei sociale. De fapt, degenerescența poartă deja în ea însăși un remediu eficace, deoarece ajunge „în mod natural" la sterilitate după câteva generații. Rolul medicului se limitează la a ajuta natura, reducând efectele cauzelor predispozante prin reguli de igienă (hidroterapie, de exemplu), sfaturi pedagogice (metodă senzorială) și sfaturi eugenice pentru „a jugula progresia degenerativă". Foarte repede, însă, în contact cu teoriile de defensă socială, tratamentul moral al individului devine moralizarea maselor, profilaxia individuală devine depistarea degeneraților care trebuie izolați, sfaturile eugenice se fixează în legislații uneori draconice, care duc până la interdicția căsătoriei, ba chiar la sterilizare.

GENIUL ȘI CRIMA. O asemenea teorie nu putea lipsi din polemicile asupra raporturilor nebuniei cu geniul și crima. F. Voisin individualizează conceptul de geniu parțial, iar J. Moreau de Tours arată că geniul este o nevroză care își află sursa pe același teren ca nebunia. Pentru Magnan și discipolii săi, acest teren este în mod firesc degenerescența, iar geniul nu este, cel mai adesea, decât un „degenerat superior". Ideea este reluată de C. Lombroso.

Cât despre criminologi, ei sunt foarte repede atrași de această teorie, care permite o explicație coerentă a crimei, deosebit de utilă în expertiza psihiatrică, în care deja excelase Morel. Experții au de acum posibilitatea de a face distincție între criminalul accidental, dispensat de maladia mentală și deci responsabil, și criminalul degenerat și iresponsabil. Dacă crima nu este pentru Morel și Magnan decât un stigmat printre altele, Lombroso propune individualizarea unei veritabile clase de „criminali înnăscuți", degenerați a căror decompensare se face ineluctabil într-un mod antisocial.

DESTINUL TEORIEI DEGENERESCENȚEI. Psihiatria germană acceptă aproape imediat ideile noi ale lui Morel, datorită lui W. Griesinger, H. Schule și R. von Krafft-Ebing. Dar, din 1890, T. Ziehen și E. Kraepelin reacționează contra schematismului lor. În Marea Britanie și în Belgia, teoria degenerescenței este introdusă prin scrierile lui Maudsley și Dallemagne. În Italia, teoria criminalului înnăscut a lui Lombroso stârnește cele mai

ascuțite critici. Cât privește Franța, a trebuit să fie așteptat G. Genil-Perrin pentru a se îndrăzni atacarea monumentului lui Morel, după o jumătate de secol de imperialism. Segmente întregi subzistă, cu toate acestea, în unele concepte adaptate de E. Dupré, J.I.H. Jackson și chiar S. Freud.

Bibl.: Genil-Perrin, G. *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, Leclerc, Paris, 1913; Lombroso, C., *L'homme criminel*, 2 vol., Baillière, Paris, 1887; Magnan, V., Legrain, M., *Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, Ruef, Paris, 1895; Morel, B.A., *Traité des maladies mentales*, Masson, Paris, 1860.

„DÉJÀ VU" → ILUZIA „DÉJÀ VU".

DELAY (Jean). **Psihiatru și scriitor francez (Bayonne, 1907 — Paris, 1987).**

Fiul unui chirurg din Bayonne, Delay a făcut studii de medicină, apoi de neurologie la Paris, la Salpêtrière, pe care le-a terminat cu teza sa despre astereognozii*, în 1935. A făcut apoi studii de filosofie la Sorbona, încheiate cu o teză asupra maladiilor memoriei, în 1942, și o formație psihiatrică clinică, cu H. Ey, la Spitalul Sainte-Anne. În acest stabiliment devine el titular al catedrei clinicii de boli mentale, în 1946. Efectuează numeroase cercetări clinice și psihofarmaceutice, în special asupra clorpromazinei, protagonista viitoarelor neuroleptice*, căreia îi studiază efectele sedative în stările de agitație, începând din 1952, în colaborare cu J.M. Harl și P. Deniker. Considerând acest medicament mai întâi ca pe un „ganglioplegic", la „Journées thérapeutiques de Paris" (*Thérapie*, 8, 3, 1953, pp. 347–364), el îl definește apoi ca pe un psihotrop cu acțiune centrală, numindu-l mai întâi „neuroplegic", iar în cele din urmă „neuroleptic".

Scriitor strălucit, a fost ales membru al Academiei Franceze în 1959. A lăsat studii biografice remarcabile asupra *Tinereții lui André Gide* (1956–1957) și asupra strămoșilor săi pe linie maternă, în patru volume (*Avant-Mémoire*, 1979–1986).

DELINCVENȚĂ (engl. *delinquency*). **Totalitate a infracțiunilor comise într-un loc și într-o perioadă dată.**

Sociologia folosește fără distincție termenul de *delincvență* sau pe acela de *criminalitate*, limbajul curent rezervându-l pe acesta din urmă infracțiunilor mai grave. Se disting, în scopul clasificării, infracțiuni contra statului, contra persoanelor, contra bunurilor, contra moravurilor. Delincvența este un fenomen universal legat de viața socială: nu există societate fără delincvență. Colectivitatea reacționează la aceste acte antisociale printr-un ansamblu de măsuri care constituie politica sa în domeniul criminalității. Acestea sunt destinate să prevină sau să reprime criminalitatea. Problema este mai puțin de a o suprima cât de a o îndigui și a o face mai puțin nocivă. În acest scop, din secolul al XIX-lea, s-au făcut eforturi în cercetarea cauzelor delincvenței. Au fost puși în evidență factori de mai multe categorii:

– factori sociali: carențe ale mediului familial și școlar, proasta folosire a timpului liber, agresivitatea cultivată de mass-media, prea adesea apologetă a luxului, sexului și violenței; densitatea populației din marile centre urbane, insuficiența echipamentelor socioculturale;

– factori politici: crize, absență de simț civic;

– factori individuali greu de categorisit.

Delincvența caracterizează o conduită antisocială care exprimă inadaptarea unui individ la societate. Schematic, putem lua în considerare un sistem relațional în dublu sens, în care individul exprimă o pretenție prin intermediul unei treceri la actul delictuos, societatea fiind pusă în situația de a-i răspunde într-un mod represiv la fel de dezadaptat. Iar dacă acea pretenție se exprimă printr-o trecere la act, este pentru că actul înlocuiește cuvântul într-un conflict în care individul poate mai ușor acționa decât verbaliza pretenția sa profundă față de ceilalți.

Într-o abordare nosografică, delincvența poate fi observată într-o multitudine de structuri mentale posibile, de la normal la patologic. Ea se poate deci situa într-un context reacțional mai puțin patologic. Poate apărea în cadrul unor tulburări caracteriale, care odinioară erau considerate a ține de registrul perversiunii. Delincvența se poate însă situa într-un context net patologic, exprimând o structură nevrotică sau psihotică. Delincvența nu este în acest caz decât un simptom dintre altele al unei tulburări profunde a personalității. Tocmai această tulburare profundă va trebui să privilegieze reeducarea socială: psihoterapia, terapeuticile medicamentoase, măsuri instituționale individualizate.

DELIR (engl. *delusion*). **Psihoză legată de o organizare psihopatologică a personalității și de raportul ei cu realitatea, în general durabilă, care se manifestă prin tulburări de percepție și producerea de idei delirante.**

Delirul cronic studiat aici trebuie cu grijă distins de delirul acut sau *delirium tremens**, ca și de accesul delirant*.

ISTORIC. Descris de E. Esquirol în cadrul monomaniilor*, o dată cu Ch. Lasègue, J. Falret și V. Magnan modelul său devine *delirul sistematizat cronic de persecuție*, cu ale sale patru faze evolutive (neliniște anxioasă, persecuție, megalomanie și demență vesanică terminală). La începutul secolului XX, se va încerca reperarea unor forme clinice în raport cu mecanismul preponderent: *delirul de interpretare* al lui P. Sérieux și J. Capgras (→ DELIR DE INTERPRETARE), psihoza halucinatorie a lui G. Ballet, *delirurile pasionale* ale lui G.G. Clérambault (ca erotomania), *delirurile de imaginație* ale lui E. Dupré, *delirul senzitiv de relație* al lui E. Kretschmer etc., deosebite clar de *delirurile paranoide schizofrenice*. Ceea ce nu va face școala anglo-americană, care va avea mai degrabă tendința de a le îngloba în formele delirante ale schizofreniei, fără a da importanță coerenței lor, sistematizării și menținerii unui anumit contact cu realitatea, ceea ce le deosebește totuși de această psihoză disociativă. Trebuie însă notat că, o dată cu revizuirea DSM-III, psihiatrii nord-americani recunosc o anumită specificitate acestor deliruri cronice, considerate aici „Delusional Disorders" (categoria 297.10).

SEMIOLOGIE. Pe plan semiologic, delirurile cronice sunt descrise după mecanismele lor (halucinator, interpretativ, imaginativ, intuitiv), după teme sau conținut (persecuție, gelozie, erotomanie, culpabilitate, influență, megalomanie) și după organizările lor (construcție delirantă mai mult sau mai puțin bine sistematizată și coerentă, în sector sau difuză), numite și „structuri": distingem în acest caz, pe urmele lui Ch. Nodet, structura paranoică (delir bine construit și sistematizat), structura parafrenică (delir fantastic a cărui

construcție merge în toate sensurile, deși rămâne organizată) și structura paranoidă, total incoerentă și disociată, ca în boala Bleuler.

Caracterul halucinator depinde de diversele modalități de halucinare și în special de acelea auditivo-verbale și psihice, cu nucleul lor de automatism mental* descris de Clérambault. Invers, în delirurile interpretative, realitatea exterioară este percepută corect în ansamblu, dar pacientul deslușește aici semne care îi sunt în mod special destinate și care îl conving de autenticitatea persecuției sau a pasiunii sale dureroase. Acestea sunt, în general, deliruri paranoice.

Delirurile de imaginație se apropie mai mult de o relatare romanescă sau fantastică și încep în general cu o construcție de tip parafrenic. Cât privește delirurile intuitive, care depind de intuiții delirante (E. Targowla), ele par pentru pacient generate chiar în cadrul gândirii sale, cu o convingere subită și de nezdruncinat, care i se impune, a adevărului absolut al ideii delirante. Trebuie însă știut că rareori delirurile depind de un mecanism unic și că, în general, intuițiile se asociază cu interpretări și cu unele tulburări halucinatorii. Tipul de organizare și de construcție delirant permite distingerea delirurilor paranoide — nesistematizate, vagi, ale căror conținuturi se înlănțuie fără logică, greu penetrabile, deliruri întâlnite îndeosebi în schizofrenie* — de delirurile sistematizate, cu teme precise și cu o anumită logică și coerență, care le fac susceptibile de a fi luate în serios și de a determina uneori convingerea semenului, ca în „nebunia în doi" (Lasègue și Falret).

Numai acestea din urmă fac cu adevărat parte din grupa delirurilor cronice (deoarece primele sunt înglobate în schizofrenie). Ele se pot dezvolta fie într-un mod insidios, fie în urma unui acces delira subacut. Nu apar niciodată înainte vârsta de treizeci de ani. Având o evolu foarte îndelungată, nu sunt deficita adică nu determină o veritabilă deterior intelectuală. Starea de „demență veșnic descrisă odinioară în faza sa terminală, este de fapt decât consecința unui azilis prelungit.

CLASIFICAREA DELIRURILOR. Clas după cum am văzut, sunt împărțite, funcție de mecanismul lor principal, în t mari grupe:

– psihoza halucinatorie cronică, în car tabloul clinic este dominat de halucinații

– parafrenia*, în care imaginația est aceea care întreține construcția delirant ea rămâne distinctă de schizofrenie, de oarece nu se asociază nici cu disociere mentală, nici cu discordanță afectivă și nu-l împiedică pe pacient să păstreze un contact destul de bun cu mediul său;

– paranoia*, care se caracterizează printr-o construcție delirantă extrem de coerentă, deosebit de bine sistematizată și care adesea se dezvoltă la o personalitate caracterizată prin hipertrofia Eului, psiho-rigiditate, încăpățânare și falsă judecată.

În această din urmă grupă se disting trei mari tipuri de delir paranoic:

1) delirul de interpretare pe tema obișnuită a persecuției, adesea megalomanic, bine sistematizat și organizat în rețea în așa fel încât fiecare nou eveniment capătă o semnificație persecutorie, întărind convingerea delirantă;

2) delirurile pasionale, care se dezvoltă limitându-se la un sector, cu o exaltare pasională fixată pe tema delirului: revendicare*, invenție*, ipohondrie*, gelozie* sau erotomanie*, ca teme principale;

3) delirul de relație, descris de Kretschmer, se dezvoltă la o personalitate zisă „senzitivă" (subiecți repliați asupra lor înșiși, introvertiți, prea puțin înclinați să-și exteriorizeze sentimentele, nesatisfăcuți de ei și de ceilalți, care nu le-ar recunoaște meritele), ca urmare a unui soi de decompensare psihică în același timp depresivă și delirantă, interpretativă, care survine după un eșec profesional sau un eveniment nefericit din viața familială sau socială. Persecuția, care izbucnește într-un mod destul de stenic, în contrast cu înfățișarea modestă și timidă anterioară, se limitează la mediul apropiat al subiectului, persecutorii fiind adesea membri din propria familie.

Apariția delirurilor cronice în general după treizeci de ani și la subiecți adesea predispuși i-a făcut pe unii psihiatri (E. Kraepelin, R. Gaupp) să le considere maladii endogene. Alții, ca K. Jaspers, au văzut în ele o dezvoltare morbidă a personalității anterioare, fără o veritabilă ruptură între viața normală și intrarea în delir. Unii, în schimb, dintr-o perspectivă organicistă, au văzut în ele mai degrabă manifestarea unui proces cerebral patologic care determină o mare bulversare a activității psihice (Clérambault, K. Schneider). Experiențe delirante primare, crize procesuale, momente fecunde par, e adevărat, să fie adesea punctul de plecare al evoluției delirante, considerată fie manifestare a unei afecțiuni encefalice, fie, dimpotrivă, dintr-o perspectivă psihogenetică, o consecință a unei prea mari suferințe psihice. În acest caz, subiectul ar surmonta suferința printr-o veritabilă spargere a relației cu realitatea și printr-o producție delirantă în care ar putea fi exprimate numeroase reprezentări fantasmatice, până atunci refulate. Pentru psihanaliști, care susțin acest punct de vedere, tocmai proiecția ar fi mecanismul esențial al acestei producții. Se știe că S. Freud, studiind memoriile unui delirant celebru, președintele Schreber, a demonstrat importanța acestor proiecții în declanșarea și întreținerea delirului: „O percepție internă este reprimată, iar conținutul său, după ce a suferit o anumită transformare, ajunge la conștiință sub forma unei percepții care vine din exterior. În delirul de persecuție deformarea constă într-o răstălmăcire a afectului; ceea ce ar trebui să fie resimțit pe plan interior ca dragoste este perceput pe plan exterior ca ură". În felul acesta ia naștere „persecuția", printr-o proiecție defensivă contra unui sentiment intolerabil pe care Freud îl reduce finalmente la o propoziție unică: „Eu (un om), îl iubesc (pe el, un om)", propoziție pe care delirantul o contrazice, proclamând: „Nu-l iubesc, îl urăsc". Dar această contradicție rămâne inconștientă și este exprimată — percepția interioară fiind înlocuită în mecanismul proiectiv printr-o percepție care vine din exterior: „îl urăsc", care, datorită proiecției, devine „el mă persecută", ceea ce justifică ura contra celor care au devenit persecutorii săi.

TRATAMENTELE. Divergențele cu privire la patogenia delirului explică faptul că tratamentele vor fi atât medicamentoase cât și psihoterapeutice. Primele sunt reprezentate mai ales prin neuroleptice. Aceste produse sunt active îndeosebi asupra proceselor (în sensul dat de Jaspers termenului) și nu ating cu adevărat ceea ce ține de caracter, ceea ce înseamnă, tot după Jaspers, evoluția personalității. Iată de ce adevăratii paranoici (cu excepția senzitivilor) sunt atât de greu de ameliorat.

Modalitățile de reducție la care asistăm sunt diverse. De exemplu, o convingere

delirantă poate supraviețui extincției unui proces halucinator: subiectul continuă să susțină că tot ceea ce a trăit el a existat sau explică dispariția acelei experiențe în mod delirant (un aparat de persecuție care a fost deplasat, o pauză a ostilităților etc.). Dimpotrivă, putem vedea halucinații care persistă, dar fără a determina acte în consecință: subiectul se dezinteresează de ele, nu le bagă în seamă sau le supune criticii (halucinoză terapeutică). Aceste fenomene au fost studiate de C. Conté într-o lucrare în care a încercat să demonstreze paralelismul dintre efectele neurologice și psihologice și rolul psihodinamic al modificărilor cenestezice. În domeniul halucinațiilor, cele olfacto-gustative ar fi primele care dispar, urmate de cele ideo-verbale, pe când cele motorii-verbale, kinestezice și cenestezice se dovedesc mai rebele. Trebuie știut că extincția completă a unui delir cronic, printr-un tratament cu neuroleptice (în special cu acțiune prelungită), poate provoca o veritabilă stare depresivă. Bolnavii „vindecați" se plâng de decepție, de dezamăgire, de vid, de „deșert interior". Suprimarea unei funcții compensatoare, ca și efecte biologice intrinseci par să contribuie la aceasta. Numeroase plângeri somatice, asociate cu o neliniște de tip ipohondric, sfârșesc de asemenea destul de frecvent prin a se manifesta la bolnavi care nu mai delirează, dar care se examinează ei înșiși într-un mod din ce în ce mai medical.

Cât despre terapia de inspirație psihanalitică, ea este departe de a fi lesnicioasă, bolnavii fiind în general destul de puțin cooperanți. Dacă sunt, este de văzut ca transferul narcisic sau homosexual masiv, care permite relația terapeutică, să nu devină îngrijorătoare pentru „protectorul-terapeut", care brusc poate bascula din statutul său de obiect iubit în acela d persecutor demn de ură. Iată de ce psih analiștii de cabinet, care glosează mult, p urmele lui Freud, pe marginea scrierilor biografiilor câtorva mari paranoici, c președintele Schreber, nu prea riscă să în cură psihanalitică asemenea pacienți

TIPURILE DE EVOLUȚIE. Putem reper trei genuri de evoluție ale acestor deliruri cronice astfel tratate. Într-un prim caz, în care culpabilitatea stă la originea delirului ca la bolnava Aimée descrisă în teza de doctorat a lui J. Lacan, tulburările delirante rămân cel mai adesea minore, trecerile la act sunt rare și mai ales personalitatea este aceea care se precizează, cu trăsături din ce în ce mai paranoice. Autopunițiunea și atacul masochist de sine depășesc la pacient proiecțiile persecutorii heteroagresive, care rămân limitate. Hipersensibilitatea, mefiența, închiderea în sine sunt constante. În aceste forme, care rareori capătă un aspect medico-legal, o simplă psihoterapie de susținere este adesea suficientă pentru a-i menține pe bolnavi într-o adaptare socioprofesională relativă, care nu se prăbușește decât dacă mediul devine el însuși intolerant sau agresiv.

În al doilea caz, acela al delirurilor prin pierderea stimei de sine și prin ofensă narcisică profundă, angoasa este mult mai intensă. Evoluția oscilează adesea între o depresie cvasimelancolică și un delir de persecuție destul de sărac și limitat (în sector, în modul revendicativ). O pseudo-vindecare are adesea loc, cum a remarcat deja J. Séglas în ale sale *Lecții clinice*, cu apariția unei ipohondrii agresive și revendicative.

În al treilea caz, în care delirul este dintru început persecutoriu, asociindu-se adesea cu fenomene halucinatorii și

xenopatice, evoluția rămâne gravă, în pofida psihoterapiei. Adesea asemenea forme evoluează spre o stare schizofrenică. Președintele Schreber este diagnosticat, de Freud însuși, ca „dement paranoid" (în sensul dat termenului de Kraepelin). Se pare că există o asemenea dezintegrare a personalității, o asemenea pierdere nu numai a sentimentului de identitate, ci și al celui de unitate corporală și de autonomie, încât psihoterapia nu mai găsește în Eul subiectului nici cea mai mică posibilitate pentru o alianță terapeutică. Acești pacienți trebuie de fapt tratați ca veritabili schizofrenici, cu aceeași abordare terapeutică, eventual foarte regresivă. Pronosticul este adesea destul de sumbru. Cu toate acestea, punerea în practică a sectorizării psihiatrice, ca și o practică privată mai disponibilă, permit în prezent îngrijiri permanente, medicale și sociale, în care se sintetizează metodele existente. Aceasta a permis jugularea evoluției defavorabile a majorității delirurilor paranoice. În numeroase cazuri obținem, pe de o parte, o rarefiere a producției delirante, iar, pe de altă parte, o mai bună adaptare la viața cotidiană. Să amintim faptul că externare sau adaptare nu înseamnă în mod necesar vindecare. O adaptare rămâne câteodată foarte relativă, tributară unor condiții azilare sau unei dependențe extreme față de anturaj, unei fixități de ambianță, unei izolări etc. Se observă o distanțare, un fel de izolare de vechile idei delirante, a căror situație în persoană devine foarte greu de precizat. Acestea par înlăturate, devalorizate; ele sunt întrucâtva uitate și își pierd impactul asupra activității; suscită puține reacții, fără a fi totuși criticate. Acești pacienți nu spun, cum fac cei care își amintesc de accesul lor delirant, că au avut în cap lucruri absurde, ci mai degrabă că este „o istorie veche" pe care au exagerat-o, că „acum lucrurile se aranjează". Iar această transformare a unui delir activ, care invada viața subiectului, într-un fel de delir închistat, parafrenizat, a permis stabilirea unei relații destul de bune cu realitatea și valorează poate mai mult decât o eradicare totală, care provoacă o stare depresivă cu risc de raptus suicidar.

Bibl.: Clérambault, G.G., *Oeuvres psychiatriques*, P.U.F., Paris, 1942; Freud, S., *Cinq psychanalyses* (1911), trad.fr., P.U.F., Paris, 1954; Lacan, J., *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (1932), Le Seuil, Paris, 1972; Séglas, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Asselin et Houzeau, Paris, 1895; Sutter, J., Les *délires chroniques*, E.M.C., Psychiatrie, A10, 2, 1981.

DELIR DE FILIAȚIE (engl. *delusion of filiation*). **Credință delirantă a unui subiect convins că descinde dintr-o familie celebră sau regală.**

Este o formă deosebită de megalomanie*, care se poate manifesta în delirurile paranoide ale schizofrenicilor și în unele psihoze pasionale.

DELIR DE GRANDOARE (engl. *delusion of grandeur*). **Delir în care pacientul își atribuie o putere și daruri excepționale, o imensă avere și proprietăți nenumărate.**

Acest delir se manifestă mai ales la foști deliranți cronici, la parafrenici și la bolnavii de paralizie generală progresivă.

DELIR DE IMAGINAȚIE → IMAGINAȚIE DELIRICĂ.

DELIR DE INFLUENȚĂ (engl. *delusion of influence*). **Delir caracterizat prin credința că persoane din exterior**

exercită o influență ocultă asupra subiectului.

Experiențele delirante de influență sunt frecvente în fazele procesuale ale schizofreniei*, asociindu-se cu sentimente de stranietate și de depersonalizare. Subiectul se simte supus la o serie de teleghidaje ale gândirii, la o serie de comunicări misterioase și invizibile, de efracții ale propriei persoane. Are impresia că i se ghicesc gândurile sau că i se sustrag idei, spre a-i fi impuse altele, din exterior.

Delirul de influență se manifestă și în psihozele cronice halucinatorii. Împreună cu ecoul gândirii, pierderea sentimentului de spontaneitate și de autonomie, vorbirea forțată, tulburări xenopatice, face parte din sindromul de automatism mental* descris de G.Gatian de Clérambault. „Mașina de influențare" este o temă obișnuită în asemenea deliruri, studiate pe plan psihanalitic de V. Tausk.

DELIR DE INTERPRETARE (engl. *interpretative delusion*). **Formă clinică de delir cronic sistematizat, în general pe tema persecuției, având o construcție delirantă caracterizată prin prepondernța mecanismului interpretativ și o extensie în rețea.**

Individualizat de P. Sérieux și J. Capgras sub denumirea de *nebunie rațională*, în 1909, delirul de interpretare face parte din dezmembrarea clinică a *delirului cronic* al lui Ch. Lasègue și V. Magnan, împreună cu *psihoza halucinatorie* a lui G. Ballet, *delirurile pasionale* ale lui G. Gatian de Clérambault și *delirurile imaginative* ale lui E. Dupré. De fapt este vorba de privilegierea unui mecanism al producției delirante, aici interpretarea, pentru a defini o formă clinică. Pentru Sérieux și Capgras, interpretarea delirantă este deci un „raționament fals, care are drept punct [illegible] plecare o senzație reală, un fapt exact, c[illegible] |...| capătă, cu ajutorul inducțiilor sau deducțiilor eronate, o semnificație per[illegible]nală pentru bolnav, în mod invincib[illegible] împins să raporteze totul la el". Pornind [illegible] la aceasta, se dezvoltă un delir care, te[illegible]retic, ar fi pur interpretativ. În realita[illegible] activitatea delirantă face apel și la al[illegible] mecanisme, în special la cel halucinato[illegible] fiind rare cazurile în care un delir rămâ[illegible] în mod strict la interpretare. Structura par[illegible]noică a unor asemenea deliruri le face [illegible] intre în cadrul mai general al paranoie[illegible] → DELIR; PARANOIA.

DELIR DE PERSECUȚIE (engl. *delusion of persecution*). **Credința patologică a unui subiect convins că este obiectul unor atacuri și al ostilității din partea unor persoane reale sau imaginare.**

Este tema poate cea mai frecventă a stărilor delirante, fie ele acute, ca *delirium tremens*, fie cronice, ca paranoia. De aceea primii alienişti care caută să individualizeze delirul cronic sunt tentați să-și axeze descrierea pe acest conținut persecutoriu. Este cazul lui F. Leuret („Le délire des arrangeurs", în *Fragments psychologiques sur la folie*, 1834) și mai ales al lui Ch. Lasègue (*Du délire de persécutions*, 1852) și al lui V. Magnan (1890). Acesta din urmă îl descrie cu evoluția sa în patru perioade: îndoială și anxietate, persecuție exprimată, megalomanie, demență vesanică terminală („delir cronic cu evoluție sistematică"). Succesorii lor, însă, abandonează această perspectivă pentru a clasa delirurile după mecanismul lor, apoi după organizarea, structura lor, iar de la E. Bleuler încoace, după apartenența sau neapartenența lor la schizofrenie. → DELIR; SCHIZOFRENIE.

DELIR DE POSEDARE (engl. *delusion of possession*). **Delir în care subiectul se crede „prins", „locuit" de o ființă străină de sine, care se manifestă prin acte, idei, cuvinte de nerecunoscut de acela care îi este receptacului.**

Ritualurile posedării sunt vechi și multiple, având o funcție socială de descărcare, de penetrare de către sacru și simbolic; ele sunt stăpânite de către grup. „Ființarea" ține de registrul „supraomenescului" sau al „extraomenescului": divin, demonic, spiritul unui mort, larve, Djini; uneori „cel ce nu poate fi numit". Domeniul psihanalitic este înrudit cu domeniul psihiatric întrucât trimite la imaginarul unui inconștient care ar subordona subiectul. Interiorizarea „obiectului rău" (în sensul dat termenului de Melanie Klein) poate fi evocată, ca și eseul *Doliu și melancolie* (1915), de S. Freud, care amintește istoricul posedării. Există discordanță între cuvântul subiectului și inserția sa în ordinea simbolică, delirul fiind o tentativă de a-l regăsi; inscripția semnificantă tâșnește dinăuntru, fără recunoașterea de către conștiință. → DEMONOPATIE.

DELIR DE REVENDICARE (engl. *delusional revendication*). **Delir pasional de structură paranoică, manifestat prin certitudinea indiscutabilă de a fi victima unei injustiții sau a unei daune imaginare și prin voința ireductibilă de a obține prin toate mijloacele satisfacție sau reparație.**

Acest delir îl conduce pe pacient la un comportament din ce în ce mai supărător și agresiv față de societate, pe care o acuză de injustiție în privința sa. Evoluând cel mai adesea la un subiect paranoic și declanșat uneori de o cauză neînsemnată (un mic accident, conflict de muncă sau cu vecinii), poate antrena treceri la acte grave și periculoase pentru anturaj. → PARANOIA; SINISTROZĂ.

DELIR FANTASTIC (engl. *fantastic delusion*). **Delir imaginativ total extravagant, incredibil și himeric.**

Asemenea deliruri apar în schizofrenie și, uneori, în psihozele isterice. Dar, atunci când sunt cronice și păstrează o oarecare coerență, sunt caracteristice mai ales parafreniilor*.

DELIRIUM TREMENS (engl. *delirium tremens*). **Delir alcoolic acut caracterizat de o stare confuzo-onirică, asociată cu halucinații terifiante, agitație, tremurături și tulburări neurovegetative foarte grave.**

Este o complicație secundară a intoxicației alcoolice, adesea provocată de oprirea brutală a consumului de alcool („*a potu suspenso*"), în urma unei boli infecțioase, a unei spitalizări, a unei intervenții chirurgicale, a unui accident. Descris de H. Sutton (1813), P. Rayer (1819), V. Magnan (1874), ale cărui observații i-au servit lui E. Zola pentru a-l de scrie în romanul *Crâșma*, și de Ch. Lasègue (1881), *delirium tremens* este în același timp o stare confuzională asociată cu dezorientare temporo-spațială, delir de tip oniric, trăit cu o foarte intensă anxietate, halucinații multiple, dar mai ales vizuale și terifiante, adesea zoopsii (mici animale care aleargă pe pereți, pe corpul bolnavului etc,), sindrom neurologic (tremurătură, tulburări de echilibru și de coordonare motorie, dizartrie) și o tulburare serioasă a stării generale, cu hipertermie, tahicardie și dezhidratare.

Tratamentul este mai ales preventiv și trebuie prescrise sedative de fiecare dată

când sunt întrunite circumstanțele instalării la alcoolic a delirului. În caz de *delirium tremens* dovedit, tratamentul constă în rehidratare și reechilibrare ionică (dacă este necesară) în mediu specializat, o calmare cu tranchilizante de tip meprobamat sau clorazepam, neuroleptice (clorpromazină) și o vitaminoterapie B intensivă. Infecțiile intercurente vor fi tratate cu antibiotice cu spectru larg.

Devenită mai rară datorită mai bunei profilaxii, această afecțiune neuropsihiatrică acută rămâne redutabilă și, dacă nu este tratată la timp, poate uneori determina moartea.

DELIR MISTIC (engl. *mystic delusion*). **Delir pe teme religioase, adesea megalomanic (ales al divinității și chiar identificarea cu divinitatea) și persecutoriu (posesie sau impresia de a fi obiectul vindictei unor grupuri antireligioase), cu paroxisme halucinatorii mai ales vizuale, care se pot confunda cu adevărate viziuni mistice.**

Cunoscută de multă vreme, „nebunia religioasă" a fost descrisă ca un delir sistematizat cronic, iar P. Chaslin a demonstrat analogia evoluției sale cu aceea a delirului de persecuție. Fenomene mistice și halucinatorii apar, însă, și în accesele delirante, în confuziile onirice, în unele stări epileptice crepusculare și în cursul fazelor procesuale ale schizofreniei*. Unele droguri, ca L.S.D., pot și ele provoca trăiri halucinatorii mistice care nu întotdeauna sunt ușor de deosebit de „misticismul normal", recunoscut de către credincioși. Într-adevăr, uneori este foarte greu să deosebești, în acest domeniu, ceea ce este de ordinul patologicului de ceea ce ar fi de natură divină. Pentru W.N. Pahnke deosebirea nu ar fi clinică, ci exclusiv de ordinul semnificației și funcției unor astfel de experiențe existențiale. Și, așa cum a scris P. Janet, „sentimentele religioase, câte subzistă, sunt foarte ușor trezite în bolile mentale".

DELIRUL SENZITIVILOR. (engl. *sensitive delusion of reference*). **Delir de structură paranoică apărut la o personalitate lipsită de caracteristicile stenice și expansive proprii paranoicului, personalitate care, dimpotrivă, este hipostenică, mai degrabă introvertită și timidă, zisă „senzitivă" după caracterologia lui E. Kretschmer.** (Sinonim: delir de relație al senzitivilor.)

Delirul senzitivilor, sistematizat în sector, rămâne centrat pe relațiile subiectului cu mediul său apropiat (familial sau profesional) și apare adesea în urma unei ofense narcisice câteodată minime, aceasta nefiind de cele mai multe ori decât picătura de apă care face să se reverse paharul numeroaselor umilințe suportate până atunci fără reacție vizibilă. Evoluția sa, uneori cronică, este în majoritatea cazurilor curabilă, mai ales când pacientul este izolat de mediul său patogen.

Pentru Kretschmer este tipul de psihoză reacțională al unei personalități hipersensibile. Caracterul senzitiv, scrie el în 1918, prezintă, „pe de o parte, o blândețe extremă, o slăbiciune, o subtilitate, o vulnerabilitate, iar, pe de altă parte, un anumit grad de ambiție, de conștiință de sine și de tenacitate". Este vorba de un tandru, de un timid, dar și de un subiect „complicat, susceptibil, suspicios". Cel mai adesea discret, complăcându-se în introspecție, în scrupule, în ruminații obsedante, personalitatea sa este similară cu a anancasticului și obsesionalului. Pentru Kretschmer este vorba în acest caz de „conflicte

etico-sexuale" care s-ar afla în centrul unei problematici nevrotice predispozante în relațiile cu semenul, veritabilă *nevroză de relație*, deosebit de evidentă la unele femei celibatare care ocupă funcții modeste și devalorizante într-o familie, un atelier, un magazin.

Tocmai cu ocazia unei noi vexații, a unei ultime lezări a stimei de sine se va produce decompensarea delirantă a acestei nevroze relaționale, care izbucnește brusc. „Nucleul maladiei este reprezentat de un delir de relație polarizat, cu punctul de pornire într-o bază afectivă nuanțată, situată între o insecuritate umilitoare și o autoacuzație provocatoare de desperare". Pentru Kretschmer, elementele fundamentale ale simptomatologiei decompensării delirante sunt:

1) subordonarea ansamblului sistemului ideo-afectiv față de experiența de viață recunoscută ca patogenă;

2) accentuarea, chiar exacerbarea principalelor trăsături ale personalității senzitive;

3) frecvența unei „epuizări neurastenice", care poate fi considerată o inflație depresivă.

Așadar, el recunoaște la delirul senzitiv posibilități de alternanță atât în dispoziție cât și în certitudinea postulatului deliric. „Oscilațiile deosebit de profunde între convingerea morbidă și conștientizarea maladiei, fluiditatea, influențabilitatea și claritatea redusă a sensului realului, sentimentul permanent al bolii, fluctuațiile, cu toate gradele lor de tranziție, între o veritabilă reprezentare delirantă și o veritabilă reprezentare obsedantă reflectă în același timp fidel capacitatea crescută de autocritică a unui senzitiv, cât și indecizia sa și lipsa de voință combativă. Aceste oscilații arată de asemenea strânsa înrudire dintre un senzitiv atins de o psihoză senzitivă și un obsedat". Ceea ce explică posibila intricație a unui delir al senzitivilor cu o evoluție nevrotic-obsesională și o psihoză maniaco-depresivă.

Evolutivitatea este de altfel cel mai adesea benignă, vindecarea apărând în câteva luni și menținându-se în cazul în care reinserția socioprofesională are loc în bune condiții. Rare sunt cazurile care evoluează spre un delir paranoic cronic, cu riscul de trecere la un act foarte grav, ca în cazul institutorului Wagner, ucigaș al întregii familii și al altor opt persoane, bolnav tratat de R. Gaupp, magistrul lui Kretschmer, timp de aproape douăzeci și cinci de ani.

Bibl.: Escande, M., Bonnet, B., „Le délire de relation sensitif de Kretschmer", Semaine des Hôpitaux de Paris, 61, 14, 1985; Kretschmer, E., *Der sensitive Beziehungswahn*, 1918; Lempérière, Th., Féline, A., *Abrégé de psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 1977.

DEMENȚĂ (engl. *dementia*). **Debilitare mentală globală care afectează totalitatea facultăților psihice și alterează progresiv, o dată cu afectivitatea și activitatea voluntară a pacientului, conduitele sale sociale.**

Caracterizată printr-o evoluție iremediabil progresivă a acestui deficit, demența este în general datorată unor lexiuni cerebrale organice mai mult sau mai puțin difuze, de natură abiotrofică, vasculară, infecțioasă, traumatică, toxică sau tumorală.

EVOLUȚIA CONCEPTULUI DE DEMENȚĂ. Conceptul de demență s-a degajat încetul cu încetul dintr-un cadru nosologic foarte larg, pornind de la termenul latin *dementia*, care înseamnă

„nebunie" în general, așa cum îl regăsim în adjectivul actual *demențial*. Se opune termenului *amentia* („lipsă de minte"), care are un sens mai limitat și se referă la o deficiență mentală congenitală. Numai începând din secolul al XIX-lea *amentia* se definește mai ales ca o afecțiune acută (demența acută a lui Esquirol, stupiditatea lui Georget, confuzia mentală primitivă a lui Chaslin și *amentia* lui Meynert) în raport cu starea de demență, de nebunie generală cronică (→ AMENTIA). Demența își păstrează sensul foarte general în Codul civil din 1808 (articolul 489) și mai ales în Codul penal din 1810. Este faimosul articol 64: „Nu poate fi vorba nici de crimă și nici de delict atunci când acuzatul era în stare de demență în timpul acțiunii criminale." Acest sens foarte general persistă în cadrul procedurilor judiciare actuale, chiar dacă este din ce în ce mai discutat. Cu toate acestea, deja la P. Pinel, care lua exemplul senilității, demența este un termen rezervat „unei debilități generale" care „lovește funcțiile intelectuale și afective ca la bătrânețe" (*Traité médico-philosophique*, 2-e éd.). J. Esquirol îi dă o semnificație identică („demența îl privează pe om de facultatea de a percepe obiectele, de a sesiza raporturile acestora, de a le compara, de a păstra despre ele amintirea completă; de unde rezultă imposibilitatea de a raționa just" — art. „Demență", 1818), opunând-o clar idiotiei, care este congenitală, cu faimoasa comparație, întru totul în stilul politic al epocii: idiotul a fost întotdeauna sărac, dementul este un bogătaș ruinat. La acestea se adaugă noțiunile de cronicitate și de incurabilitate. Cauzalitatea organică se precizează o dată cu descrierea de către A.L.J. Bayle a leziunilor de meningită cronică în demența paralitică, afecțiune care devine „paralizia generală progresivă" (Ch. Requin). Dar această cauzalitate organică încă nu este certă. Dovadă *demența vesanică* sau demența secundară (E. Georget) care survine în evoluția terminală a maniilor, melancoliilor, diverselor monomanii, deliruri, nebunii pe care acum le-am numi „psihoze". Făcută dintr-o dezinvestire progresivă și din senilitate la psihoticii cronici, ea nu-i mai neliniștește atât de mult pe psihiatri. Numai englezii îndrăznesc să vorbească, din 1870, de „demența de azil" („*asylum-dementia*").

Cadrul demenței se lărgește brusc, din aceeași perspectivă, o dată cu demența precoce a lui E. Kraepelin, până la demența infantilă a lui Haller și chiar la demența extrem de precoce despre care vorbește Sanctis, acoperind în cele din urmă aproape întregul domeniu al psihozelor cronice, la adult și la copil. Numai treptat conceptul de demență se limitează, spre a ieși din câmpul psihozelor, în special datorită lucrărilor lui A. Alzheimer, Klippel și L. Binswanger, primii care vor studia leziunea abiotrofică cerebrală, separând-o, pe de altă parte, de leziunea arteriopatică, așa cum vor constata-o în stările de debilitate intelectuală globală ale senilității și presenilității. În afară de demența paralitică, care beneficiază de nete ameliorări prin malarioterapie, aceste demențe organice se caracterizează printr-un proces de agravare progresivă și prin incurabilitate.

Tocmai pornind de la aceste lucrări, de la critica noțiunii de demență precoce făcută de E. Bleuler și, fără îndoială, și din cauza dispariției cel puțin parțiale a demenței vesanice, datorită ameliorării condițiilor de tratament ale psihoticilor, progresiv termenul de demență a fost rezervat stărilor *dobândite* de debilitare mentală *globală* (care lovește totalitatea facultăților psihice) care, o dată cu afectivitatea bolnavului, alterează *conduitele*

sociale, stări caracterizate printr-o *evoluție* *remediabil progresivă* a acestui deficit și care au o *cauză organică:* toxică (oxicarbonată, alcoolică), traumatică, infecțioasă, tumorală, vasculară și mai ales *abiotrofică cerebrală*.

Aceasta permite excluderea *pseudodemențelor* de origine afectivă *prin pierdere de investiri* de activități intelectuale, ca în anumite stări depresive și melancolice, în special ale senilității, sau *prin regresiune afectivă* (stări regresive ale bătrânilor, descrise de G. Daumezon, mai mult sau mai puțin prelungite, adesea provocate de anturaj și survenind la o personalitate nevrotică, deosebit de fragilă).

Diagnosticul diferențial dintre pseudodemență și demență nu este întotdeauna ușor. C. Wells a pus accentul pe deosebirile în evoluție (mai rapidă decât în pseudodemență), accentuarea nocturnă a simptomelor în demență, deteriorarea memoriei, mai ales a celei anterograde în cazul demenței, pe când ea este globală în pseudodemență, care se caracterizează și printr-o variabilitate a performanțelor, pe când în cazul demenței acestea ar fi uniforme. Acest diagnostic diferențial rămâne însă adesea dificil, cu atât mai mult cu cât o stare depresivă, o regresiune afectivă se pot foarte bine asocia cu o demență autentică.

DEMENȚELE PRESENILE ȘI SENILE. Așadar, vom descrie aici demențele tardive, afecțiuni care se exprimă printr-o deteriorare mentală progresivă, care survine după vârsta de cincizeci de ani și care se află în raport cu procese anatomice de abiotrofie sau de scleroză la nivelul țesutului cerebral.

Poate fi vorba fie de o abiotrofie relativ precoce (este cazul unor demențe presenile reprezentate de boala Alzheimer* și de boala Pick*), fie de o abiotrofie mai tardivă a țesutului cerebral (cazul demenței senile, care în prezent este considerată ca o adevărată boală Alzheimer cu apariție întârziată).

Putem include aici, ca manifestându-se tot printr-o deteriorare mentală globală (cu toate că simptomatologia ar putea fi mai degrabă una în focar), scleroza consecutivă unei arteriopatii cerebrale (arterioscleroză), care produce demența prin infarcte multiple. În acest caz, nu există demență decât dacă leziunile sunt destul de întinse și difuze. La fel stau lucrurile în presbiofrenie, al cărei loc, în pofida unei anumite individualități clinice și anatomice, este în cadrul general al demenței senile și mai ales al demenței vasculare cu infarcte multiple.

Demența senilă propriu-zisă va regrupa, de fapt, majoritatea sindroamelor demențiale care survin după 65 sau 70 de ani, ale cărei forme pure nu ar fi finalmente decât bolile Alzheimer relativ tardive. Rămâne totuși clasic să fie descrisă, iar aceasta cu atât mai mult cu cât diagnosticul ei încă acoperă majoritatea debilitărilor psihice senile. Să reținem doar faptul că vagul limitelor sale anatomoclinice face dificilă o descriere precisă a simptomelor. Asociindu-se cu o debilitare psihică generalizată, demența senilă își „îneacă" semnele într-un tablou demențial global. Este în special cazul simptomelor afazo-apraxo-agnozice care nu se individualizează atât de clar ca în boala Alzheimer.

Din punct de vedere anatomopatologic, demența senilă se caracterizează printr-o reducere ponderală a creierului, prin trei tipuri de leziuni. Primul tip este un proces de atrofie neuronală, cu degenerescență granulopigmentară și supraîncărcare pigmentară prin cromatoliza nucleului; este de

notat o netă diminuare a densității celulare; procesul este difuz.

Al doilea tip îl constituie leziunea intracelulară Alzheimer, care se întâlnește cu mare frecvență.

În sfârșit, al treilea tip este caracterizat de plăcile senile care se observă în stratul celulelor piramidale mici. Este vorba de plăci puternic argentafine, compuse din fibrile încâlcite, în interiorul cărora se găsește o îngrămădire de substanțe amorfe. Este, în esență, o dezintegrare de celule ganglionare.

PE PLAN CLINIC. Debutul demenței este, în general, lent și insidios. Este un deficit progresiv, care se referă în primul rând la funcțiile mnezice și la caracter. Memoria de fixație este cea dintâi lovită. Tulburările caracteriale sunt în funcție de o personalitate care își vede limitate posibilitățile de adaptare și care, în consecință, își îngustează cadrul activităților atât pe plan afectiv cât și pe plan social: egoism, misoneism, iritabilitate. Tulburările de judecată se exprimă prin indiferență și prin primele acte nesăbuite, ale căror consecințe medico-legale pot fi grave. În sfârșit, tulburările de atenție, caracterizate prin bruște scăderi de vigilitate, produc o dezorganizare a conduitelor profesionale, intelectuale sau domestice.

În unele cazuri, debutul este mai psihotic, cu apariție de idei delirante, mai ales pe temă de prejudiciu, onirism cu fenomene halucinatorii, îndeosebi nocturne, chiar agitație, cu turbulențe și agresivitate față de anturaj. Trebuie insistat asupra tulburărilor de somn și de vigilitate, responsabile de onirism. Adesea există o stare depresivă, zisă „de involuție", cu debilitare psihică ce se agravează progresiv, putând intra în discuție diagnosticul de pseudodemență.

În sfârșit, evoluția poate să înceap brutal, în urma unei bruște decompens sau a unei sincope psihice, consecință unei imposibilități de adaptare la o situați traumatizantă sau pur și simplu prea nou (schimbare a cadrului vieții, de exemplu spitalizare). Această reacție catastrofică s exprimă printr-o stare de confuzie anxio gravă, cu dezorientare temporo-spațial completă și tulburări neurovegetative une ori extrem de severe. Sincopa psihică, o dat vindecată, poate fi urmată de o revenire l normal, dar uneori ea pune în mișcare un proces demențial până atunci rămas latent.

DEMENȚA ÎN PERIOADA DE STARE. Acest proces atinge, în primul rând, toate funcțiile intelectuale. Memoria este abolită nu numai în ceea ce privește faptele recente (amnezia de fixație), ci progresiv faptele vechi (amnezie de evocare). Această amnezie predomină, potrivit legii lui Ribot, mai întâi asupra amintirilor celor mai apropiate, atingându-le progresiv pe cele mai îndepărtate, respectând în mod relativ amintirile care au o puternică încărcătură afectivă. Așa după cum subliniază stăruitor H. Baruk, „bolnavul face tot ce poate spre a-și disimula tulburările" și își păstrează într-un fel „fațada". El caută „să facă față". Utilizează perifraze spre a-și masca deficiența, își dă silința să eludeze problemele dificile. Își umple lacunele cu elemente confabulatorii, în general destul de sărace.

Pierderea gândirii operatorii (care apare deja în imposibilitatea de memorizare) este responsabilă de tulburarea asociației de idei. În epoca psihiatriei asociaționiste, F. Ziehen a insistat îndeosebi asupra necoordonării tot mai mari a mersului asociației de idei. Aceasta devine puțin câte puțin pur formală și incoerentă. Deteriorarea asociației productive nu-i mai permite bolnavului

să combine în fraze cuvinte date. Înlănțuirea de „mici istorii" nu mai este înțeleasă, cum o demonstrează proba seriei de imagini a unei istorioare de reconstituit în scala Wechsler–Bellevue. S-a putut constata dispariția foarte timpurie a posibilității de asociații inverse sau retrograde (*rückläufige Assoziationen* ale autorilor germani). Această pierdere este deosebit de evidentă în imposibilitatea de a repeta o serie fie ea și foarte scurtă de cifre pe de-a-ndoaselea, imposibilitatea de a număra de la 20 la 1 sau de a spune în ordine inversă lunile anului sau zilele săptămânii.

Asociația pur „formală" stă la originea perseverației verbale care, atunci când cuvintele pronunțate sunt lipsite de sens, devin verbigerație și, la un grad mai înaintat, ecolalie și palilalie (autoecolalie).

TULBURĂRILE DE LIMBAJ. Sunt reprezentate de un fel de inconștiență verbală, de pălăvrăgeală sau de vorbărie goală în care predomină automatismele, perseverarea și repetiția.

Tulburări de ideație. A. Pick a arătat că fluxul verbal induce la dementul senil o ideație fortuită și dezordonată. Deficitul de memorie determină o veritabilă afazie amnezică, vocabularul reducându-se în mod progresiv prin pierdere de nume proprii, apoi de cuvinte abstracte și, în sfârșit, de nume comune. Există o pseudoafazie nominală, cuvântul care denumește obiectul fiind uitat. El este înlocuit de perifraze care nu se situează niciodată la nivelul răspunsului categorial al genului sau speciei, ci, în mod mai general, la acela al definiției prin imagine și, într-un grad mai avansat, printr-o descripție mai mult sau mai puțin dispersată, fragmentată, difluentă, în care cuvintele *„passe-partout"* revin în permanență.

Tulburări de orientare. Dacă trebuie să punem la îndoială starea confuzională, atât de frecventă în cazul spitalizării, pentru a face din dezorientarea spațio-temporală un semn direct de deteriorare demențială, nu este mai puțin adevărat că deteriorarea memoriei determină o dispariție progresivă a facultăților de orientare temporală și spațială, dacă nu în spațiul de viață imediat, atunci cel puțin în cadrele sociale obișnuite (pierderea „memoriei sociale" despre care vorbește J. Delay). Dacă alterarea funcțiilor simbolice este mai puțin netă decât în demențele presenile, ea este totuși importantă.

Funcții gnozice. Funcțiile gnozice sunt extrem de perturbate prin regresie la nivel formal (false recunoașteri, iluzii, tulburări agnozice diverse, consecutive pierderii gândirii operatorii sau categoriale), ca și prin afectarea funcțiilor perceptive însele. Este știut că demența senilă se asociază adesea cu apraxie ideatorie (H. Baruk). „Această tulburare constă nu numai în uitarea gesturilor necesare unui act [...], ci și în uitarea conceperii însăși a actului. De exemplu, bolnavul este rugat să aprindă o lumânare. El freacă lumânarea de cutia de chibrituri, nemaicunoscând natura și utilizarea obiectelor." Bolnavul nu mai poate săvârși o serie de acte succesive, cu prevederea necesară. S-au păstrat numai automatisme elementare. Astfel, chiar dacă chibritul este frecat unde trebuie pe cutie, lumânarea sau țigara nu vor fi niciodată aprinse.

Acest deficit intelectual va determina în mod secundar importante tulburări de atenție (fatigabilitate și labilitate extreme), de judecată și, bineînțeles, de comportament.

Tocmai prin acestea din urmă dementul senil devine justițiabil al unei măsuri de protecție judiciare și al unei spitalizări, din cauza pericolului pe care îl poate prezenta

pentru el însuși și pentru anturaj: incurie progresivă, denudare neglijentă care poate fi pe nedrept luată ca atentat la pudoare, uitare foarte gravă a unor consemne de securitate elementare privind în special utilizarea gazelor și a electricității.

Tulburări de somn și afective. Tulburările de somn sunt foarte frecvente: turbulență, agitație și uneori crize halucinatorii nocturne, incidental cu elemente delirante, fără o adevărată sistematizare și fără extensie progresivă (idei de ruinare, de prejudiciu, impresia că anturajul, că moștenitorii îi doresc dispariția).

Afectivitatea pare a fi foarte palidă. Persistă totuși mult timp o sensibilitate afectivă care îi permite bolnavului, în pofida decăderii și a imposibilității oricărei identificări precise, să trăiască încă atmosfera socială și morală. Aici stă originea unor „desperări", ca urmare a internării dementului senil despre care se credea că a devenit cu totul indiferent.

EVOLUȚIA. Evoluția demenței se face progresiv, în 2–5 ani, către o stare de demență profundă, cu apariția unui „grasping reflex" și a unor comportamente arhaice („reflex oral", bulimie etc.). Se instalează ramolismentul și apragmatismul complet.

Bolnavul, care zace la pat, moare, ca și în cazul celorlalte demențe, din cauza complicațiilor decubitusului (escare tot mai întinse, pneumopatii infecțioase) sau, într-o stare de caşexie avansată, datorită unui colaps cardiovascular terminal.

DEMENȚE VASCULARE. Demențele vasculare (cauzate de infarcte multiple) au o evoluție mai puțin lineară, determinată de infarcte cerebrale succesive. Cum bine au arătat J. Delay și S. Brion, debilitatea psihică demențială evoluează adesea prin pusee și cu simptome variabile, potrivit localizării lezionale predominante, chiar dacă uneori este greu să se diferențieze debilitatea intelectuală ca atare și eventuala afectare a funcțiilor simbolice ale limbajului.

Leziuni necrotice cortico-subcorticale de topografie posterioară în teritoriile vascularizate de arterele cerebrale posterioare, cele mai frecvente pare-se, dau un tablou demențial care se poate asocia cu tulburări gnozice vizuale, hemianopsie, chiar și tulburări de limbaj greu de individualizat pe fondul sindromului demențial. Aspecte pseudopresbiofrenice, cu tulburări ale memoriei de fixație, sunt destul de caracteristice în cazul acestei dispoziții lezionale.

Afectarea nucleilor cenușii și în special a talamusului ar determina tablouri demențiale, cu tulburări mnezice predominante și activitate delirantă, dar cu o relativă conștiință a deficitului intelectual. Aceste forme de demență cauzate de infarcte multiple (D.I.M.) pot realiza un tablou similar cu acela al encefalopatiei subcorticale Binswanger. Dar ne putem îndoi de anumite tulburări ale seriei „afazo-apracto-agnozice" care ne pot face să ne gândim la leziuni arteriopatice cu un sindrom neurologic „în focar", pe când ele nu sunt decât manifestarea unei deteriorări demențiale instrumentale.

STADIILE. În concepția școlii de la Geneva și a lui J. de Ajuriaguerra, putem descrie, de fapt, un „proces de alzheimerizare" progresivă, care se regăsește în multe demențe tardive și care trece prin patru stadii evolutive succesive. *Primul stadiu* corespunde unei debilizări psihice simple, pur „nevrotice", fără deficit funcțional specific. *Al doilea stadiu* corespunde unei deteriorări a memoriei, cu sindrom mnezic

mai mult sau mai puțin important, deficite operatorii și deficite de organizare spațială, cu debut de apraxie constructivă. *Al treilea stadiu*, cu sindrom amnezic pronunțat, tulburări neurologice (prehensiune forțată, hipertonie de opoziție), afazie, debut de apraxie ideatorie și ideomotorie, apraxie constructivă totală, este stadiul clasicului și pretinsului sindrom „în focar". *Al patrulea stadiu* este caracterizat de o „alzheimerizare" avansată, stadiu începând cu care funcțiile „instrumentale" sunt definitiv abolite.

EXAMENELE COMPLEMENTARE. A existat întotdeauna interesul de a preciza diagnosticul de demență în stadiul precoce al maladiei.

Testele psihologice evaluează deteriorarea funcțiilor cognitive: probele Wechsler–Bellevue, bateria de teste Kendrick, MTS (Mental Test-score) și testul Benton (pentru evaluarea retenției informației vizuale). Ele precizează, de asemenea, deteriorarea mentală* după metoda lui J. Babcok. Se utilizează mult, în țările anglo-americane, „Minimental State Examination" (M.F. Folstein), care reprezintă cea mai bună serie actuală de probe psihologice de reperare destul de precoce a unei deteriorări demențiale.

Electroencefalografia poate arăta la început o intricație de ritmuri rapide cu ritmul de bază *alfa*, apoi o încetinire a acestui ritm, cu predominanța ritmului *teta* și chiar *delta*. Se notează, de asemenea, o diminuare a amplitudinii și a reactivității, care poate deveni nulă, cum putem vedea în special cu metoda potențialelor evocate. Electroencefalografia cantitativă (Etevenon) permite vizualizarea cu ușurință a zonelor atinse cel dintâi de procesul abiotrofic sau de infarctele cerebrale.

Mai ales tomodensitometria, tehnică noninvazivă care a înlocuit cu totul encefalografia gazoasă, pune în evidență atrofia cerebrală, fie corticală, cu larga injectare a șanțurilor hipertrofiate, fie subcorticală, cu dilatarea cavităților ventriculare, în special la nivelul ventriculelor laterale. Atrofia apare de o manieră difuză în boala Alzheimer* și în demențele senile de tip Alzheimer. Ea rămâne mai localizată și multiplă în cazurile de infarcte cerebrale și clasic limitată la regiunile frontale în boala Pick*. Acele imagini date de scanner sunt încă și mai precise cu tehnicile noi de rezonanță magnetică nucleară și tomografia cu emisie de pozitoni (TEP). Aceasta din urmă permite (după L. Singer) punerea în evidență a atrofiilor încă discrete și distingerea precoce a demenței degenerative (de tip Alzheimer) de demența prin infarcte multiple.

TRATAMENT. Se recomandă ținerea la domiciliu a bolnavului atâta timp cât o anumită autonomie o permite (→ BOALA ALZHEIMER). O măsură de spitalizare poate fi luată în considerare atunci când dependența devine completă și dementul nu-și mai recunoaște domiciliul. Cât privește protecția judiciară, aceasta poate fi propusă de îndată ce tulburările de judecată nu-i mai permit bolnavului controlul actelor vieții civile. Trebuie totuși să se dea dovadă de tact în ceea ce privește impunerea măsurii de tutelă, care devine indispensabilă după 2–3 ani de evoluție. Căci până acum, în descrierea evoluției demenței, au fost poate prea mult privilegiate aspectele neuropsihologice și cognitive deficitare, în detrimentul proceselor psihodinamice, care și ele intră în joc în demențe. Studiul angoasei omului bătrân și evitarea acesteia prin mecanisme de

apărare foarte arhaice ar permite, poate, să se înțeleagă de ce unii bătrâni se cufundă deodată în „indiferența demenței". Este ceea ce a încercat să facă recent P. Charazac. El se inspiră din lucrările lui D.W. Winnicott, punând accentul pe noțiunile de maturație și de dezvoltare. În ceea ce privește persoanele în vârstă, el arată că „trebuie ținut seama de faptul că potențialul lor de dezvoltare se reduce și că au trebuințe noi față de mediu". Trebuie, de asemenea, luate în considerare răspunsurile mediului, în special „cele două trăsături obișnuite ale instituțiilor geriatrice: caracterul totalitar al îngrijirilor și intoleranța față de nevoile și dorințele de dependență ale bătrânului". Nu trebuie să considerăm aceste niveluri de organizare ca pe niște stadii, în perspectiva unei dematurizări lineare și progresive: „Fiecare din aceste poziții poate fi pierdută, recâștigată și iarăși pierdută, în mai multe reprize. Astfel, tulburările de somn ale bătrânului ne oferă exemple de dezorganizare momentană: deambulările nocturne și refuzul de a se culca evocă angoasa părăsirii mediului; panica în cursul trezirilor nocturne (iluzia unei transformări a mediului sau a corpului) exprimă teama de a găsi corpul modificat la trezire sau măcar momente de dezintegrare în care psihicul pierde contactul cu corpul. Experiența arată că astfel de stări pot surveni la persoane spitalizate care încă nu au nici o deteriorare intelectuală." Charazac demonstrează clar că „demența «fără angoasă» are o valoare defensivă pentru Eul amenințat, el caută astfel aneantizarea pe care nu o mai poate sau pe care niciodată nu a putut-o resimți. Îngrijitorii trebuie să sesizeze apariția angoasei nu ca pe un simptom jenant ce se impune suprimat, ci ca pe o ocazie de întâlnire cu o persoană care s-a regăsit prin prisma suferinței sale". Așadar, un punct de vedere pur cognitiv și psihotehnic se pune între paranteze întregul acest aspect psihodinamic, singurul care permite o mai bună determinare a personalității subiacente a dementului și intrarea în joc a defenselor sale nevrotice. Permite, de asemenea, definirea relațiilor sale cu mediul și cu anturajul familial. Se constată pe zi ce trece că acțiunea terapeutică la nivel relațional determină adesea o mai bună toleranță a demenților și, uneori, ameliorări uimitoare. Iată de ce conceptul de demență redus la acela al unui deficit intelectual de origine organică nu este conceptibil la nivelul îngrijirii cotidiene a acestor stări demențiale ale senilității. Iar ireversibilitatea demenței poate să apară drept o noțiune demobilizatoare în măsura în care ar risca să întrețină un pesimism care conduce la abținerea terapeutică și la măsuri de simplă pază.

Bibl.: Angelergues, R., „Les démences", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, Paris, 2, A 10, 1968; Charazac, P., „L'angoisie du vieillard dément", *L'évolution psychiatrique*, Toulouse, 50, 3, 1985; Delay, J., Brion, S., *Les démences tardives*, Masson, Paris, 1962; Fraser, M., *Dementia: its Nature and Management*, Chichester, John Wiley, New York, 1987; Habib, M., Joanette, Y., Puel, M., *Démences et syndromes démentiels*, Masson, Paris, 1991; Müller, Ch., Wertheimer, J., *Psychogériatrie*, Masson, Paris, 1981; Richard, J., Constantinidis, J., „Les démences de la vieillasse", *Confrontations psychiatiques*, Paris, 5, 39–61, 1970.

DEMENȚĂ PRECOCE (engl. *dementia praecox*). **Maladie mentală cronică care apare la sfârșitul adolescenței sau la începutul vârstei adulte, caracterizându-se prin tulburări grave de inteligență și de afectivitate și părând a evolua către un deficit intelectual progresiv.**

Denumită astfel de psihiatrul german E. Kraepelin, care distingea trei mari forme — catatonică, heberfrenică și paranoidă –, această psihoză cronică a fost numită, de E. Bleuler, în 1908, *schizofrenie**.

DEMONOMANIE (engl. *demonomania*). **Nebunie care are drept obiect un demon.**→ DEMONOPATIE.

DEMONOPATIE (engl. *demonopathy*). **Delir sistematizat care are drept obiect demonul (demonii) și ceea ce îl (îi) înconjoară: infernul, idei de damnare, atacuri externe sau interne.**

Deosebirea dintre demonomanie și demonopatie este mai importantă decât s-ar părea la o primă abordare. Componenta „manie" este de raportat la etimologia greacă *mania*, adică rătăcire, delir, ieșire în afara rațiunii.

DEMONOLOGIE ȘI DEMONOMANIE. Demonologia este știința demonilor, complementară teologiei și teodiceii (doctrina justiției lui Dumnezeu). Noțiunea de *demon* datează din vremuri imemoriale, la fel ca și tentativele de a-i sistematiza și neutraliza pe demoni (Sumeria, Egipt). Unele teorii contemporane presupun identitatea originală a divinităților Binelui și Răului, apoi separarea lor în urma anumitor evenimente, de exemplu cuceriri victorioase. Zeii unui popor învins s-ar vedea dotați cu un semn negativ și cu o periculozitate egală cu dorința lor de răzbunare.

Cele două nume, Satana și Diavolul, se asociază în aceeași divinitate care simbolizează Răul către secolul I î.Chr. Demonologia are valoarea ei; dacă păcatul orgoliului a fost cel dintâi păcat, el se alătură aceluia al dorinței de independență. Viziunea aceasta interesează îndeaproape noțiunea de posesie.

DEMONOLOGIE ȘI RELIGIE

Evangheliile. Cazurile relatate aici sunt frecvente și ocazii de miracole (energumenul din ținutul Gharghesenilor, Luca, VIII, 26–39; copilul surd și mut, Marcu, X, 14–29, care este și epileptic). Încă de la origine, posibila interacțiune între o maladie pur fizică și tulburări datorate posesiei este recunoscută, analizată și clar specificată.

Epidemiile de posesii diabolice. Franța este în secolul al XVII-lea teatrul unor crize epidemice care se propagă în mănăstiri, în directă legătură cu perioada proceselor vrăjitoriei*. Populația respectivă aparține unei clase sociale recunoscute, citadine și nu rurale și sărace. Procesul este identic în toate cazurile: un preot este acuzat de a fi trimis demoni, de a fi sedus sau chinuit spiritul uneia sau mai multor călugărițe; sunt convocați exorciști, zarva se amplifică, crizele de asemenea, apoi, cu ajutorul torturii, asupra preotului se abate condamnarea și el este ars. Astfel, C. Gaufridy, în 1611, la Aix-en-Provence, cade sub acuzația a două călugărițe, Madeleine de Mandol și Louise Capel; prima abia a scăpat de statutul de vrăjitoare (ea își va sfârși zilele în închisoare). Nicole Aubry a fost condamnat la Laon, Marie de Sains la Lille (1613); Urbain Grandier nu scapă nici fulgerelor maicii Jeanne des Anges nici acelora ale comisarului J.M. de Laubardemont, trimis de Richelieu; el moare ars de viu în ziua de 18 august 1634. Acest episod zguduie Franța, nu fără consecințe secundare. Unele sunt individuale: decesul unor exorciști, părinții Lactance și Tranquille, înnebuniți de culpabilitate, și obsesia (atac demoniac extern) gravă, îndelungată a părintelui Surin, care a vrut să ia asupră-i demonii Jeannei des Anges, fără a lua aminte la uneltirile acesteia. Alte

consecințe sunt sociale: agitații violente la această răspântie unde s-au înfruntat Biserica, Statul și unele personalități ieșite din comun.

Zece ani mai târziu, la Louviers, o franciscană, Madelaine Bavent, prinde ștafeta și reușește să-l facă osândit pe vicarul Bouillé, ars în 1647 împreună cu cadavrul părintelui Picard, acuzat retroactiv. Mai pot fi citați posedații din Salem (Massachusetts) în 1692. Dimpotrivă, iezuitul Girard va izbuti să se facă absolvit de acuzația adusă de M.C. Cadière (Toulon, 1730): mentalitățile se schimbă.

Cu, dar mai ales dincolo de isterie, este necesar să luăm în seamă contextul: rigiditatea vieții și morala de fier impusă acestor femei, prezența în fundal a mii de ruguri aprinse pentru alte femei, impactul Diavolului și al noțiunii de păcat; toate acestea au generat o revoltă mai mult sau mai puțin conștientă contra primilor reprezentanți ai acestui sistem: bărbați și preoți. Pe de altă parte, exorcismele permiteau o exprimare, fie și deturnată, a unor înscenări grandioase și derivarea unei culpabilități generate de problematica sacrului, angoasa unei limitări a lui Dumnezeu, operată atât de către stat cât și de către știință.

NOȚIUNEA DE POSEDARE

Semne. Fenomen foarte vechi, posedarea sau ocuparea de către un spirit străin se recunoaște printr-o serie de caracteristici mai mult sau mai puțin codificate: transformarea corpului, alternanța unui calm profund cu perioade de violențe incontrolabile, marcate de posibilități fizice anormale; schimbarea feței, schimbarea vocii; posibilități mentale absolut extraordinare (capacitatea de a vorbi o limbă necunoscută sau de a citi gândurile, profetism, putința de a citi cu ochii închiși). De fapt, sub presiuni interne și externe, intra într-o stare secundă (pe calea transei, a ex zului, a autohipnozei) permite înlătura sistemului inhibitor normal și receptivit la mecanisme de obicei parțiale și car lizate. Nu fără riscuri: fecioarele din Epid mureau, pare-se, foarte tinere.

Influența culturală: posedări bune rele. Influențată de sacru și de simboli posedarea este un mijloc privilegiat d expresie pentru acestea; influențată d angoase arhaice, ea este un mijloc de a evita. Această funcție socială structurant operează conform unor ritualuri: șaman (Siberia, Asia Centrală, Japonia) este un medium privilegiat al lumii spiritelor, care îl înzestrează în schimb cu puteri supra naturale. Structura cultului vodu (Antile, Africa, Haiti) este diferită: „crizele", identificarea cu puteri superioare, Marele Zeu sau Loa, duhurile morților, eroii integrează și liberează totodată sufletul grupu lui, ritmând echilibrul social.

Posedare și boală. Concepțiile potrivit cărora o boală poate fi cauzată de prezența unui obiect străin, care trebuie deci extras din corpul pacientului, prin zborul sufletului acestuia sau prin nereintegrarea sa după un voiaj nocturn sunt tot atât de vechi cât lumea. Deposedarea răspunde, așadar, posedării. Din aceste teorii decurg practici care vizează alungarea sau extragerea intrusului: bolnavul este în acest caz biciuit, însângerat, supus exorcismului.

DEMONOLOGIE ȘI DEMONOPATIE: ISTORIA UNEI EVOLUȚII CĂTRE MEDICAL

Jean Wier. Cartea acelui medic, duce de Clèves, intitulată *Histoire, disputes et discours des illusions et impostures des diables* (Paris, 1579) și răspunsul virulent al juristului J. Bodin în anexa la a sa

Demonomanie des sorciers (Paris, 1581) marchează un moment crucial, catalizator a diverse tendințe, de unde va lua naștere o schimbare de optică. J. Wier, deși respectând multe credințe ale epocii sale — ceea ce i-a permis să se facă ascultat și să evite rugul —, stabilește separații: el izolează otrăvitori / otrăvitoare, reper al fraudelor „demoniace", optează dintr-o dată pentru analiza fizică, inclusiv ginecologică, și atestă melancolia acelor femei bătrâne condamnate ca vrăjitoare.

De la statutul de autoputernică, femeia [vrăjitoare — notă L.G.] trece la acela de „bolnavă", de „infirmă", ba chiar de „debilă". Degeaba va riposta J. Bodin că „lucrurile supranaturale nu se judecă după cele naturale", o ruptură are loc, căreia unul dintre succesori îi va fi J.M. Charcot. Teoriile lui J. Wier cât și ale lui J. Michelet sau M. Muray (realitatea revoltei sau a melancoliei vrăjitoarei) sunt actualmente contestate (N. Cohn, E. Delcambre); s-a făcut confuzie între vrăjitoare și posedată și nu s-a luat în seamă contextul general, dar două căi se precizează.

Melancolie demoniacă și isterice posedate. Este bine cunoscut că Diavolul utilizează melancolia spre a-și atinge scopurile: este o teză veche și clasică, de pe vremea proceselor. Wier păstrează această referință: în 1677, un englez, J. Welster, scriind despre vrăjitorie, va asocia „visele melancolice cu imaginațiile isterice". Descendența acestei concepții este dublă.

Versantul melancolie. Acesta a fost restituit mai târziu în lipemanie*, „monomania tristă" a lui J. Esquirol, care publică în 1814 *De la démonomanie*, un studiu asupra melancoliei religioase. Macario reia analiza sa în 1843, izolând patru mari forme: *damnomania* sau delirul de damnare, *damnomaniile externe, interne* și *erotice*, exprimând într-o terminologie medicală ideile religioase de păcat capital, de obsesie (atacuri subite din exterior din partea demonilor), de posedare, de spirite răufăcătoare masculine și feminine (demoni seducători nocturni).

Versantul isterie. Charcot și școala sa de la Pitié-Salpêtrière sunt marii protagoniști ai acestei căi, a cărei influență se extinde până în zilele noastre. Posedarea este legată de anumite semne ale misticismului istericelor și de exuberanțele lor corporale, analizându-se atât grafic (*Les démoniaques dans l'art*, P. Richer, J.M. Charcot, 1887) cât și fenomenologic simptomele în raporturile lor cu hipnoza și sugestia. Trebuie, de asemenea, să citim notele lui G. Legué și G. de La Tourette, în *Autobiografia unei posedate, sora J. des Anges* (Paris, 1886). Noțiunile de fraude și de mitomanii reapar în forță, făcând din persoanele în cauză mai degrabă persoane de reeducat decât de tratat medical (Babinski).

ÎN ZILELE NOASTRE. Termenii de *demonomanie* și de *demonopatie* sunt azi puțin folosiți, fiind considerați ca aparținând istoriei. Evoluția societății a dat alte înfățișări reprezentanților angoasei, precum și temelor privind influența și alienarea. Rămâne, pe de o parte, „delirul de posedare", pe de altă parte ocultismul, descântecul magic, deochiul.

În ceea ce privește domeniul psihanalitic → DELIR DE POSEDARE.

Cât privește domeniul psihiatric, două descendențe se prelungesc; una asociază posedarea și isteria, favorizată de alianța Charcot–Freud; cealaltă vorbește de psihoză, fie melancolică, cu o eventuală apariție a sindromului Cotard (1882), fie de delirul de influență și de automatismul mental al lui Clérambault (1926), teren de bază pe

care se ancorează construcțiile delirante de persecuție și unde posedarea este ca un ecou al deposedării de sine primordiale (Lévy-Valensi).

Bibl.: Certeau, M., *La possession de Loudun*, „Archives", Julliard–Gallimard, Paris, 1980; Gayral, L., Gayral, J., *Les délires de possession diaboliques*, Paris, 1944; Langton, E., *La démonologie*, Payot, Paris, 1951; Macario, M., „Étude sur la démonomanie", *Annales médico-psychologiques*, T1, Paris, 1843.

DEMUTIZARE (engl. *demutisation*). **Orice acțiune care permite unui mut să vorbească.**

Cel mai adesea este vorba de diverse pedagogii specializate utilizate pentru a-i învăța pe copiii surdo-muți să vorbească. Această învățare este în general practicată de ortofoniști și se poate face cu ajutorul a diverse aparate electronice: amplificatori, modificatori de frecvență, magnetofoane și magnetoscoape. Uneori este precedată de intervenții chirurgicale care permit redarea, când lucrul acesta e posibil, a unei anumite sensibilități auditive.

DEPENDENȚĂ (engl. *dependency*). **Tendință de a căuta ajutor și protecție la semen, de a se încrede în celălalt în luarea oricărei decizii, prin pierdere de maturitate sau de autonomie.**

DEPERSONALIZARE (engl. *depersonalisation*). **Stare psihoafectivă particulară, în care un subiect își pierde sentimentul propriei realități sau își simte corpul ca ireal.**

Această stare se asociază adesea cu anxietatea, cu impresia de stranietate a lumii exterioare. Pacientul care suferă de această indispoziție se simte diferit de cel care era până atunci. Obiectele care îl înconjoară i se par străine, ca și cum nu le-ar mai recunoaște. Până și persoanele cele mai apropiate au pierdut pentru el orice caracter de familiaritate. O analiză psihopatologică permite distingerea a trei niveluri de depersonalizare: nivelul prim în care tulburarea conștiinței rămâne superficială și în care tulburarea nu se referă la identitate, cum vedem îndeosebi în isterie; nivelul doi, în care perturbarea este mai profundă, cu pierderea sentimentului spontaneității și chiar al autonomiei, așa cum se întâmplă în automatismul mental și în sindromul de acțiune exterioară (xenopatic); nivelul trei, în care este afectată însăși unitatea corporală, cu sentimentul de corp dislocat sau sfârtecat. Este ceea ce apare în unele psihoze schizofrenice grave, în care trăirea corporală este resimțită cu o mare angoasă și într-un mod delirant paranoid.

DEPRESIE (engl. *depression*). **Maladie mentală caracterizată printr-o modificare profundă a stării timice, a dispoziției, în sensul tristeții, al suferinței morale și încetinirii psihomotorii.**

Asociindu-se în general cu anxietatea, depresia întreține la pacient o impresie dureroasă de neputință globală, de fatalitate disperată, iar uneori antrenează ruminații subdelirante pe tema culpabilității, a indignității, a autodeprecierii, putând conduce la luarea în considerare a sinuciderii și, uneori, la realizarea acesteia.

CELE DOUĂ FORME CLASICE ALE DEPRESIEI. Această durere morală este deosebit de intensă mai ales în forma zisă „melancolică" sau „endogenă". Pierderea stimei față de sine și dorința de a dispărea pot antrena idei suicidare, pe care doar

inhibiția le împiedică de la transpunerea în act (de unde pericolul unor tratamente antidepresoare care înlătură această inhibiție mai înainte de a acționa asupra stării timice). Această formă, care reprezintă unul din versanții psihozei maniaco-depresive*, se pot asocia cu tulburări neurovegetative și somatice: anorexia, destul de frecventă, va determina o slăbire câteodată considerabilă; tulburările de somn pot merge până la o insomnie completă (măcar că aceasta ar putea fi provocată uneori în scop terapeutic, sub formă de agripnie).

O altă formă importantă, zisă „psihogenă", cuprinde de fapt toate depresiile tradiționale și nevrotice, având aspecte clinice foarte variate în ceea ce privește simptomele și gravitatea lor, intensitatea acestora fiind în general mai puțin mare decât în forma melancolică. Ideile de suicid sunt totuși frecvente, luând mai degrabă aspectul unei solicitări afective sau al unui sentiment al eșecului, care trebuie recunoscut și atenuat. Anxietatea, oboseala generală, adinamia, astenia sunt uneori singura manifestare și nu trebuie tratate doar printr-o medicație simptomatică.

Există și depresii secundare sau simptomatice ale unor afecțiuni somatice diverse. Ele sunt destul de numeroase și multă vreme unii medici au subestimat această frecvență. Au fost avansate mai multe ipoteze pentru a se explica această situație: absența plângerilor din partea pacientului somatic cu privire la o eventuală trăire depresivă, interesul cvasiexclusiv al unor medici pentru problemele somatice, înclinația de a face din disforie o consecință legitimă a bolii fizice. Interesul psihiatrilor pentru această problemă a fost contemporan cu dezvoltarea psihiatriei de relație, depresivii reprezentând un procentaj important al pacienților spitalizați pentru boli somatice în cazul cărora era cerută o consultare psihiatrică. Dintre aceștia, trei pătrimi aveau o depresie cu adevărat secundară unei afecțiuni somatice. Ultima pătrime suferă realmente de o depresie primară autentică, însă mascată de plângerea corporală căreia îi este simptomul principal. Se descriu, în sfârșit, alte forme secundare unor afecțiuni mentale primare, cum sunt schizofrenia și unele deliruri cronice. În mod paradoxal, adesea atunci când delirul se estompează, în urma unui tratament neuroleptic intensiv, apare o depresie extrem de intensă, care necesită prescrierea de antidepresori (cu pericolul foarte real ca aceștia să reactiveze delirul).

CRITICA DISTINCȚIEI ENDOGEN/EXOGEN. Dacă timp îndelungat s-a menținut distincția dintre depresia endogenă și depresia nevrotic/reactivă, de mai bine de un deceniu se face simțită orientarea spre un fel de continuum între aceste două tipuri, pe care, de fapt, nu le-ar separa decât intensitatea simptomelor. Astfel, în DSM-III și în recenta sa revizuire, ca și în noua clasificare internațională a maladiilor (C.I.M. 10), depresiile sunt reunite în același capitol și subdivizate în funcție de intensitatea sau de durata lor. În DSM-III, clasificarea depresiilor se bazează pe prezența sau pe absența unui sindrom depresiv numit „episod depresiv major". Depresiile care răspund criteriilor acestui sindrom sunt apoi atașate la *tulburarea bipolară* sau identificate ca depresii majore; acelea care nu răspund la aceste criterii sunt clasificate la „alte tulburări afective specifice" (tulburare ciclotimică și tulburare distimică) sau *tulburări afective atipice*.

Cât privește DSM-III revizuit, el cuprinde mai multe modificări importante: subdivizarea depresiilor majore după gravitatea

lor, după evoluție, după tip (melancolic sau nonmelancolic) și după schema apariției (sezoniere sau nonsezoniere); includerea tulburării ciclotimice printre tulburările bipolare; subdivizarea tulburărilor distimice după antecedentele psihiatrice și după vârsta la care apar. De asemenea, C.I.M. 10 reunește ansamblul tulburărilor de dispoziție în unul și același cadru. Tulburările depresive sunt aici subdivizate, în funcție de gravitatea lor, în tulburări depresive grave (caracterizate prin prezența de simptome zise „biologice" sau „endogenomorfe") și tulburări depresive ușoare și stări depresive puțin intense, însă persistente, deosebirile dintre cele două noi clasificări fiind, la urma urmelor, minime (C. B. Pull).

CAUZE BIOLOGICE, CAUZE PSIHOLOGICE. Trebuie spus că vechea separație între cele două mari tipuri de depresie, unul endogen, cu cauzalitate biologică, altul psihogen, cu cauzalitate psihică, ținea de un conflict ideologic privind etiologia. Acesta separa în mod radical cele ce reținеau o cauză organică, confirmând rolul de regulator timic al monoaminelor cerebrale și în special al noradrenalinei (al căror deficit la depresivi ar putea fi de natură ereditară), de cele care apărau, pe urmele lui S. Freud și ale progreselor psihanalizei, un punct de vedere strict psihogenetic.

Repere psihanalitice și cognitiviste. Pentru psihanaliști, melancolia se poate compara cu un travaliu al doliului care nu izbutește să se realizeze (→ DOLIU). În depresie, Eul se identifică cu „obiectul pierdut", luând pe seama sa sentimentele ambivalente de dragoste și mai ales de ură față de obiect: „Umbra obiectului — scrie Freud — cade astfel pe Eu, care poate fi în acest caz judecat de o instanță specială ca un obiect abandonat. În felul acesta pierderea obiectului se transformă într-o pierdere a Eului, iar conflictul dintre Eu și persoana iubită se transformă într-o scizi-une între critica Eului și Eul modificat prin identificare" (*Doliu și melancolie*, 1915). Așadar, în depresie bolnavul trebuie să înfrunte o pierdere imaginară, adresându-și sieși reprosurile și agresivitatea destinate în mod normal obiectului pierdut.

Un alt curent, care ține de psihologia cognitivă, a dorit să facă din depresie o perturbare a proceselor cognitive. După G. A. Kelly și A. T. Beck, „structurile cognitive stabile" ar fi în acest caz inadecvate în trei domenii, Eul, lumea exterioară și viitorul. Această „triadă cognitivă depresivă" (Beck, 1970) afectează cu o coloratie negativă reprezentările legate de aceste trei domenii. Aceste conținuturi inadecvate sunt generate de procesele inadecvate de tipurile logic, stilistic, semantic. Ele sunt cele care „fabrică" cogniții incorecte al căror conținut concret se exprimă verbal în discursurile depresivilor și, de asemenea, în imagistică, în reverii și vise. „Acestor trei tipuri de procese le corespund erori particulare: inferențe arbitrare care, în interpretarea unui eveniment, elimină explicațiile mai plauzibile, abstracții selective care concentrează atenția asupra unui detaliu luat din afara contextului, lăsând de-o parte caracteristici mai evidente ale situației, generalizări abuzive, supra- sau subestimări și denumiri inadecvate" (M. De Bonis). Terapia cognitivă constă deci în a corecta, în colaborare cu pacientul, concepțiile eronate, distorsiunile și ipotezele dezadaptative, spre a rectifica acea viziune incorectă a evenimentelor și Eului care îl caracterizează pe depresiv. Este vorba de a-l aduce pe bolnav să-și evalueze comportamentul în mod realist,

ea ce produce o netă ameliorare a stării le depresive și uneori o vindecare completă.

Complementaritatea abordărilor. Aceste diverse abordări sunt finalmente mai mult complementare decât opuse. După cum bine a arătat D.Widlöcher, trebuie să ieșim din acest dualism steril, care privește etiologia depresiei sub un unghi pur organogenetic sau pur psihogenetic. Trebuie înțelese diversele „logici ale depresiei" și interacțiunea constantă dintre constrângerile de ordin psihosocial și cele care depind de neurofiziologie și de biochimia cerebrală. Așadar, depresia poate fi examinată ca „un dispozitiv comportamental înnăscut care se impune unor subiecți atunci când circumstanțele îl solicită sau când o predispoziție neurobiologică se pretează la aceasta". Pe scurt, depresia ar fi un „răspuns", „o stare cerebrală legată de imposibilitatea de a schimba acea situație".

Dacă această „stare cerebrală patologică" cedează de cele mai multe ori la medicamentele moderne, psihoterapia va permite depresivilor să-și conștientizeze mecanismele psihice care provoacă sau care întrețin suferința mentală și de a-i preveni recidiva, „dominând jocul permanent al gândurilor depresiogene, al anxietății, al agresivității, al ofenselor narcisice sau al încercărilor pierderii" (Widlöcher).

TRATAMENTELE. Pe plan somatic, *tratamentele antidepresive* sunt esențialmente medicamentoase. Electrosocul*, mult utilizat odinioară, nu este în prezent folosit decât în cazuri de depresie deosebit de grave, rezistente la antidepresori (10–15%). Aceștia din urmă sunt reprezentați de două mari grupe de medicamente: inhibitorii monoaminooxidazei și derivații triciclici.

Primii, desemnați de sigla comună „IMAO", sunt foarte eficienți, dar dificil de administrat, necesitând o supraveghere deosebită și, cu excepția celor mai recenți, ziși „reversibili", asocierea lor cu alte medicamente poate fi extrem de periculoasă.

Ceilalți au drept prototip imipramina, utilizată pentru prima dată de R. Kuhn în 1957. Clomipramina și amitriptilina, care pot fi administrate pe cale intravenoasă, la începutul tratamentului, au inaugurat o lungă serie de medicamente antidepresive care acționează în general prin inhibarea recaptării neuromediatorilor* intrasinaptici și fac să vireze dispoziția depresivă după 12–15 zile de tratament. Activitatea lor, însă, care paralizează net nervul vag, antrenează câteva fenomene secundare uneori dezagreabile: uscăciunea gurii, midriază, dezagreabile: uscăciunea gurii, midriază, cu dificultatea acomodării vizuale, riscuri de creștere a tensiunii intraoculare (periculoasă în cazul glaucomului) sau provocarea unei retenții vezicale (ceea ce se poate produce în caz de hipertrofie prostatică, de exemplu), tahicardie și tulburări tensionale în primele zile de prescripție. Provoacă o dezinhibare adesea mai precoce decât modificarea stării timice, ceea ce poate facilita o trecere la actul suicidar. Este deci necesar ca asemenea tratamente să se facă sub supravegherea constantă a anturajului și, în cazurile grave cu risc de suicid, în mediu spitalicesc.

De altfel, de fiecare dată când bolnavul este anxios și suicidar, este necesar să se asocieze medicamente sedative și anxiolitice, cum sunt levopromazina sau unul dintre numeroasele benzodiazepine de care dispunem actualmente, suspectând totuși riscuri de dependență. Trebuie, de asemenea, să se prescrie corectori de hipotensiune, cum este, de exemplu, clorhidratul de heptaminol, și corectori de efecte

anticolinergice, cum este anetoltritiona sau ezerina. Acest tratament nu va fi diminuat decât foarte progresiv după virajul de dispoziție, prevenindu-se o posibilă recidivă a depresiei. Mulți practicieni îl continuă multe luni în șir, cu doze slabe, asociind produse normotimice care s-au dovedit eficiente în prevenirea de noi accese: litiu, căruia psihiatrul danez M. Shou i-a codificat bine folosirea, sau valpromidă, mai ușor de administrat, dar mult mai puțin eficace.→ ANTIDEPRESOR; MELANCOLIE; PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ.

Bibl.: Beck, A.T., *Clinical Experimental and Theoretical Aspects*, Harper and Row, New York, 1967; Berner, P. et coll., *Critères diagnostiques pour les psychoses schizophréniques et affectives*, Expansion scintifique, Paris, 1987; Falret, J.D., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Baillière, Paris, 1864; Freud, S., „Deuil et mélancolie", in *Métapsychologie* (1915), trad.fr., Gallimard, Paris, 1968; Ginestet, D., Peron-Magnan, P., *Chimiothérapie psychatrique*, Masson, Paris, 1984; Tellenbach, H., *La mélancolie* (1961), trad.fr., P.U.F., Paris, 1979; Widlöcher, D., *Les logiques de la dépression*, Fayard, Paris, 1983.

DEPRESIE ANACLITICĂ (engl. *anaclitic depression*). **Sindrom depresiv din prima copilărie.**

R. Spitz descrie, din 1945, sub numele de *depresie anaclitică* un sindrom care survine în cursul primului an de viață al copilului, consecutiv unei îndepărtări brutale și mai mult sau mai puțin prelungite a mamei, după ce copilul a avut o relație normală cu ea. Tabloul clinic este următorul: pierderea expresiei mimice, a surâsului, mutism, anorexie, insomnie; pierdere în greutate, întârziere psihomotorie globală. Depresia anaclitică, rezultat al unei carențe afective parțiale, este reversibil[ă]. Ea încetează adesea foarte rapid de îndat[ă] ce mama (sau substitutul matern) e[ste] restituită copilului. Depresia anaclitică [se] opune hospitalismului*, descris tot de Spit[z] caz în care separarea mamă–copil, totală [și] durabilă, poate genera deteriorări irever[si]bile. Depresia anaclitică rămâne, totuși, în procesul ei dinamic, fundamental dife[ri]tă de depresia la adult. → DEPRESIE.

DEPSIHIATRIZARE (engl. *desinstitutionalisation*). **Ansamblu al proceselor de *dezinstituționalizare* a bolnavilor mintali, din ce în ce mai reinserați sau lăsați în mediul lor social, precum și tendința de a evita o *psihiatrizare* abuzivă de cazuri sociale, de devianți, de persoane în vârstă, pe care societatea le încredințează prea lesne psihiatrilor, cu acordul adesea complezent al acestora.**

DEREAL, DEREALĂ (engl. *dereistic*). **Se spune despre o gândire deturnată de la real și de la necesitățile logice, închisă într-o succesiune de abstracții formale fără suport obiectiv sau într-o suită de reprezentări fantasmatice incomprehensibile, fără contact cu mediul social în care se găsește subiectul.**

Îndeosebi în schizofrenie găsim acest tip de gândire, care în general se asociază cu o repliere autistică. Francezul L. Gayral descrie un „sindrom dereistic" în care această gândire dereală se asociază cu apragmatismul, cu memoria autistică, cu raționalismul morbid și cu un delir paranoid.

DESENSIBILIZARE (engl. *desensibilisation*). **Metodă terapeutică având drept scop dispariția unei sensibilități**

normale și cauză de jenă pentru anumiți agenți care, în ei înșiși, sunt bine suportați de majoritatea subiecților.

Alergiile și unele forme de astm sunt tratate prin desensibilizare. Terapia comportamentală, în numeroase manifestări anxioase sau fobice, a recurs la acest proces. Confruntarea cu obiectele sau cu situațiile se face în mod progresiv, fie în imaginație, fie în real.

DESENSIBILIZAREA SISTEMATICĂ. Desensibilizarea sistematică este o metodă psihoterapeutică pusă la punct în 1958 de către un psihiatru american, J. Wolpe, ca urmare a cercetărilor sale de reflexologie condiționată, sub aspectul fiziologic al reacțiilor anxioase la animal, care însoțesc manifestări neurovegetative. Aceste reacții sunt inhibate de un proces zis „de inhibiție reciprocă" atunci când pot intra în joc reacții incompatibile cu răspunsurile anxioase și care posedă o acțiune inhibitoare asupra acestora. Pentru a obține la om o mai bună reglare neurovegetativă, se face adesea apel la metode de relaxare, care creează o stare antagonistă aceleia de anxietate. O dată ce subiectul este suficient de destins, comportamentalistul îi evocă scene care au un raport tot mai direct cu situația anxiogenă, după o „ierarhie" pe care în prealabil a stabilit-o cu el. Este deci vorba de a modifica condițiile în care pacientul percepe stimulii fobogeni și de a o face în așa fel încât angoasa să nu se mai manifeste atunci când el și-i reprezintă în imaginație. Studii controlate au arătat că atunci când se găsește, după aceea, în prezența lor, el constată că a slăbit și că adesea a dispărut valoarea lor anxiogenă. Numeroși factori cognitivi intră în joc în acest proces de vindecare.

DESENSIBILIZAREA ÎN REAL *(IN VIVO)*. Aceasta se practică în absența învățării unei metode de relaxare. Situațiile de abordat sunt studiate dinainte și, de asemenea, sunt clasificate potrivit unei ierarhii. Pacientul este apoi confruntat cu una dintre ele, în prezența unui terapeut. În orice moment el poate să întrerupă ședința și să declare că dorește să revină la o situație cu o mai mică valoare anxiogenă.

MODELAJUL DE PARTICIPARE. Numit uneori „desensibilizare de contact", acesta se bazează pe ipoteze, verificate experimental, privind învățarea socială prin observarea unui model, imitare sau învățare vicariantă. Terapeutul servește de model, iar pacientul îl însoțește, păstrând cu el un contact permanent. Nu există provocare de anxietate, deoarece riscurile de incidente rămân slabe. Desensibilizările pot fi practicate în grup la bolnavii care prezintă simptomatologii similare (fobii referitoare la avioane, la animale etc.).

Bibl.: Wolpe, J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* , Stanford University Press, Stanford, 1958.

DESTRUCTURARE (fr. *déstructuration*; engl. *destructuralisation*). **Concept utilizat de de H. Ey, dintr-o perspectivă neojacksoniană, pentru a defini diversele psihoze acute după nivelul de disoluție al conștiinței reprezentat de ele.** (Sinonim: destructurarea conștiinței.)

„Ordinea însăși a nivelurilor acestei disoluții dezvăluie în același timp stratificarea structurală a conștiinței", care, pentru H. Ey, este „organizarea prezentului, trăit în câmp temporo-spațial, a experienței sensibile a relațiilor subiectului cu lumea sa actuală". Ey precizează diferitele niveluri

ale acestei destructurări, descriind diversele experiențe delirante primare.

DETERIORARE MENTALĂ (engl. *mental deterioration*). **Tulburare a funcțiilor cognitive, legată de vârstă sau de începutul unui proces demențial, în general ireversibil.**

Subiectul mental deteriorat păstrează, în anumite domenii ale vieții sale intelectuale (exprimare verbală, automatisme sociale și profesionale îndeosebi), un nivel de realizare destul de bun, dar sunt afectate sarcinile care cer o adaptabilitate la situații care ies din cadrul vieții obișnuite cât și cele care cer achiziții noi. Este deci vorba mai degrabă de o afectare a inteligenței zise „de performanță" decât a inteligenței verbale. De altfel, tocmai pe această deosebire s-a bazat H. Babcok, în 1930, spre a propune o evaluare psihometrică a acestei deteriorări prin măsurarea distanței dintre nivelul de inteligență *cristalizată* (măsurat prin teste verbale) și nivelul de inteligență *fluidă* (măsurat prin teste neverbale). Se admite, de fapt, că deteriorarea o respectă pe cea dintâi, care rămâne stabilă în cursul îmbătrânirii, pe când ea afectează inteligența neverbală, care se degradează cu vârsta. Cele două tipuri de teste care le măsoară au fost numite de Wechsler, primele, *teste care țin* (engl. *Hold Tests*), iar celelalte *teste care nu țin* (engl. *Don't Hold Tests*).

O scară a deteriorării se poate deci baza pe un test de vocabular, ale cărui rezultate sunt comparate cu acelea ale unui test de performanță. Diferența, după validare, este exprimată în procentaj, care arată direct gradul de deteriorare. Trebuie știut că eficiența intelectuală diminuează la toți subiecții, începând cu vârsta de 25 de ani. Este o deteriorare fiziologică, care crește în funcție de vârstă. Nu vorbim de deteriorare patologică decât atunci când aceasta este net superioară celei dintâi. Este de obicei una dintre manifestările inițiale ale unor leziuni cerebrale difuze, ale unei demențe.

DEVEREUX (Georges). **Antropolog și psihiatru american originar din România (Lugoj, 1908 — Paris, 1985).**

După ce a studiat fizica, îndeosebi cu Marie Curie și Jean Perrin, în 1926 se orientează spre științele umaniste, la Institutul de etnologie, unde este elevul lui M. Mauss, L. Lévy-Bruhl și P. Rivet. Se stabilește apoi în Statele Unite (îndeosebi la Universitatea Californiei, la Berkeley, la Topeka, unde se inițiază în psihanaliză, la Philadelphia și la New York). Începând din 1963, predă la Școala de înalte studii în științe sociale. Fondator al etnopsihiatriei, el se situează la răspântia a trei discipline: cultura greacă (*Tragedia și poezia greacă*), 1975; *Dreams in Greek Tragedy*, 1976), psihanaliza și antropologia (*Eseu de etnopsihiatrie generală*, în 1970; *Etnopsihanaliză complementaristă*, 1972). A efectuat mai multe descinderi etnografice, mai ales la populațiile Moï (Vietnam), Hopi și Mohave (California). Îi datorăm și *De la angoasă la metodă* (1967).

DEVIANȚĂ (engl. *deviance*). **Orice tip de conduită care iese din normele admise de o societate dată.**

Deviația rămâne diferită de delincvență în sensul că anormalitatea sa nu se asociază în mod obligatoriu cu o încălcare a regulilor (civile sau penale) ale societății. Ea șochează totuși societatea prin modurile de a fi și a trăi diferite de acelea care au curs în mediul social și cultural în care își duce existența individul deviant.

DEVIANȚA INDIVIDUALĂ. Pe plan individual, devianța nu este decât o tendință proprie unui actor de a adopta un comportament în contradicție cu unul sau mai multe sisteme normative instituționalizate. Pe plan social, însă, ea poate să apară ca un pericol, riscând să perturbe grav interacțiunile dintre deviant și mediul său și să primejduiască echilibrul general al societății. De unde tendința acesteia de a preveni devianța prin educație și, dacă nu reușește, să caute să o neutralizeze sau să o recupereze. Neutralizarea se poate exprima printr-o respingere din partea grupului, printr-o surghiunire, printr-o izolare. Recuperarea se va face mai degrabă în sensul unei orientări mai mult sau mai puțin imperioase a deviantului spre un statut și rol marginale (vagabond, de exemplu), de toxicoman, de delincvent (este o formă de criminogeneză socială) sau chiar de bolnav mintal. Căci societatea îl poate în acest caz lua pe seama ei, tratându-i pe acești deviați pentru că ei au devenit cazuri pentru care dispune de soluții (de asistență, administrative, judiciare, medicale etc.).

Th. Schef și adepții *teoriei etichetării* (engl. *labelling theory*) au demonstrat că reprezentanții sociali joacă un rol fundamental în această orientare a conduitei deviantului spre acea casură care îl va fixa definitiv în adoptarea unuia din aceste statute și în special a aceluia de bolnav mental. Th. Szasz a insistat asupra acestei „fabricări a nebuniei" realizată de societate și de reprezentanții ei medicali, spre a transforma un simplu deviant, un original într-un schizofren cronicizat puțin câte puțin, prin asistența și terapeutica psihiatrică. Tratamentul unei anumite disidențe în regimurile totalitare este, în această privință, unul dintre exemplele cele mai triste. Fără îndoială, teza este abuzivă, iar aceste proceduri sociale de excludere și etichetare nu reprezintă singura cale de intrare într-o patologie mentală care se poate dezvolta pornind de la cauze de ordin pur individual sau familial, cu totul în alte contexte. Dar eforturile societății de a combate devianța în cadrul ei rămân constante. Și adesea lucrătorii sociali, psihologii și medicii sunt, fără a o ști în mod necesar, agenți naivi sau oportuniști ai acestei lupte neîncetate și inexorabile.

DEVIANȚA, STARE ALEASĂ SAU STARE IMPUSĂ. Devianța trebuie considerată ca o stare fie aleasă, fie impusă.

În primul caz, individul (sau grupul) caută a fi recunoscut, caută a se face vizibil socialmente. El vrea să se distingă de restul grupului sau de restul societății și adoptă în acest scop un stil de comportament, un discurs care o rup cu regulile stabilite. Devianța este trăită ca o etapă, chiar ca un rău necesar spre a ajunge la un scop definit dinainte. Scopul justificând într-un fel mijloacele, pentru individ sau grup se pune problema de a apărea ca diferit, original. Minoritățile turbulente sunt astfel adesea considerate ca deviante la începuturile lor.

Dar ceea ce caracterizează cel mai mult devianța este aceea că ea este mai ales percepută și definită de o privire exterioară individului sau grupului. Societatea care stabilește norme își arogă dreptul de a decreta *deviant* cutare individ sau cutare grup, *persona non grata*, ba chiar disidentă. Atâta timp cât procesele de influență sunt percepute dintr-un punct de vedere funcționalist și acordă un spațiu larg ideii de conformism, devianța este o noțiune extrem de uzitată. Specificitatea unui individ sau a unui grup apare ca dovada inadecvării, a inadaptării sociale.

Din momentul în care comportamentul deviant este considerat ca eventual ales, voluntar, s-a putut înțelege că un aspect pozitiv poate fi finalmente atribuit noțiunii de deviantă. Individul (sau grupul) adoptă poate un comportament care scapă normelor admise de societate, dar nu trăiește cu totul în afara anumitor norme: pur și simplu își făurește propriile norme. În interiorul sistemului macrosocial este instaurată o microsocietate în care se vede și este văzut de către egalii săi ca fiind cu totul „normal". Definiția devianței trece în acest caz în mod obligatoriu printr-o redefinire a normelor înseși.

Deviația poate deveni, de fapt, un pretext de inovație socială și poate permite instaurarea unui conflict, deci o eventuală schimbare socială. Caracterului negativ asociat multă vreme noțiunii de deviantă i se adaugă de acum înainte un aspect pozitiv neneglijabil. H. S. Becker, în *Outsiders* (1979), a studiat de altfel deviația la drogați, subliniind importanța normelor proprii grupului însuși și posibila lor influență asupra lumii exterioare. Departe de a fi un obstacol în calea influenței, deviația o poate servi, căci ea poate, de exemplu, să semnaleze autonomia, independența de judecată și de atitudine a cutărui individ sau a cutărui grup.

DEZALIENISM (engl. *disalienism*). **Mișcare ideologică și sociopolitică orientată atât spre o ameliorare a soartei bolnavilor mintali cât și spre dispariția progresivă a sistemului azilar.**

Termenul a fost creat de L.Bonnafé și G. Daumézon la sfârșitul celui de al doilea război mondial și se înscrie în contextul rezistenței contra ocupantului și a distrugerii tuturor instituțiilor totalitare. Deja în 1922, E. Toulouse a criticat internarea ca singură formă de luare în îngrijire a bolnavilor mintali și a fondat primul serviciu liber de tratament psihiatric, Spitalul H. Rousselle, chiar în incinta Spitalului Sainte-Anne din Paris. La Saint-Alban, însă, loc al rezistenței deosebit de active în anii 1941–1944, psihiatrii din vechiul stabiliment azilar, P. Balvet, F. Tosquelles și L. Bonnafé, conștientizează faptul că azilul însuși este de fapt alienat în ansamblul său (atât bolnavii cât și îngrijitorii lor). Ei se străduiesc, așadar, printr-o muncă de analiză critică a instituției, făcută în colaborare cu pacienții, în reuniuni comune, să-i elibereze pe aceștia și să se elibereze și pe ei înșiși dintre zidurile azilului (R. Géntis). În felul acesta a luat ființă psihoterapia instituțională*, care domină psihiatria franceză începând din anii 1950 și 1960. În aceeași perspectivă a dezalienării se înscrie mișcarea de acțiune terapeutică în afara azilului și în comunitate, care stă la originea organizării sectorului psihiatric (→ SECTOR DE PSIHIATRIE). Această politică este continuată, adesea în jurul unui serviciu psihiatric de spital general, nu fără riscuri de regresiune și de întoarcere la un hospitalism mereu gata să renască și să biruie aceste mișcări de dezalienism (raportul Massé).

DEZECHILIBRU (engl. *mental imbalance*). **Exagerare patologică a reacțiilor unui subiect față de mediul său, pe fondul unei dizarmonii a tendințelor și trăsăturilor sale de caracter.**

Copilul „dezechilibrat" este în general instabil, agresiv, intolerant la constrângeri și frustrări. El reacționează într-un mod adesea violent, clastic*, antisocial. Își controlează deficitar poftele, trebuințele și comportamentul. Adesea devine, din adolescență, un toxicoman, un delincvent. Actele sale antisociale se repetă din ce în mai mult la vârsta adultă și se asociază adesea cu inadaptarea socioprofesională. → PSIHOPATIE.

DEZGUST (engl. *disgust*). **Repugnanță sau inapetență (de exemplu, în fața unor alimente), care se asociază cu o senzație de indispoziție apropiată de o stare de greață.**

De la începutul celui de al doilea război mondial, etilismul este uneori tratat printr-o metodă aversivă de condiționare clasică numită „cura de dezgust". Aceasta constă în administrarea la pacient a unui drog emetic care îi va provoca, pe parcursul curei, grețuri și vomismente la orice absorbție de alcool. Această metodă de decondiționare, al cărei principiu și ale cărei scopuri trebuie în prealabil explicate pacientului și acceptate de el, poate fi practicată în grup. Ea întâmpină numeroase critici de ordin metodologic, medical și etic. Nu se recurge la ea decât atunci când alte metode de tratare a alcoolismului nu sunt practicabile.

DEZINHIBITOR (engl. *disinhibiting treatment*). **Psihotrop sau metodă terapeutică prin care se poate promova o dezinhibiție.**

Anxioliticele, antidepresorii și alte psihoanaleptice, precum și psihodislepticele în general și neurolepticele sunt susceptibile să dezinhibe un pacient, în funcție de doză și de tabloul clinic existent. Narcoanaliza sau psihoterapia pot avea o acțiune dezinhibitoare.

Efectul dezinhibitor „real", în cazul neurolepticelor, ar privi o ameliorare a simptomatologiei fundamentale bleuleriene (→ DEZINHIBIȚIE). Sulpirida și pimozida, în doze slabe, par mai ales să aibă această proprietate controversată încă și să fie de aceea considerate drept neuroleptice bipolare (dezinhibitori în doză slabă și reductori în caz de posologie ridicată).

DEZINHIBIȚIE (engl. *desinhibition*). **Suspendare totală sau parțială a oricărei forme de inhibiție (instinctuală, motorie, volitivă, de cenzură, de judecată etc.).**

În psihiatrie, în special în schizofreniile hebefrenice, dezinhibiția „reală" ar fi reprezentată de o reducere a simptomatologiei fundamentale în sensul dat termenului de E. Bleuler, adică: tulburări ale asociațiilor, ale afectivității și volițiunii, autism și ambivalență, spre deosebire de euforie (tulburare timică), de stimulare și de eliberare, datorită unei atenuări a delirului.

Într-un sens mai general, găsim o dezinhibiție în stările maniace, demențe și arierații, ca și în unele forme de epilepsie și în tulburările de personalitate.

FIZIOL. **Dispariția sau suprimarea unei inhibiții existente.**

Dezinhibiția poate fi obținută prin mijloace foarte diverse: astfel, secționarea măduvei spinării sporește vivacitatea unor reflexe printr-o pierdere a inhibiției descendente provenită din anumiți centri superiori; un efect similar poate fi obținut prin administrarea unor droguri. Dezinhibiția este în acest caz reversibilă, după eliminarea drogului.

DIFERENȚIERE DE SINE (engl. *self differenciation*). **Diferențierea Eului unei persoane, potrivit cu gradul său de individualizare în plan afectiv și intelectual, pornind de la nediferențierea familială de fond (Murray Bowen).**

Această noțiune insistă asupra legăturilor fundamentale care mențin partea

emotivă a oricărui individ într-o fuziune niciodată dizolvată cu familia sa de origine. Cu toate acestea, membrii familiei se caracterizează prin grade variabile de diferențiere de sine.

DIFLUENȚĂ (engl. *diffluency*). **Tulburare în cursul gândirii și discursului, în care fluxul ideilor se risipește dezordonat în toate direcțiile, în mod anarhic.**

Tulburarea se observă la schizofrenici, la suferinzii de confuzie mentală și la demenți. Apare și la maniaci, asociată cu fugă de idei, dar păstrând o anumită coerență.

DIHOTIC (engl. *dichotic*). **Se spune despre o situație, în general experimentală, în care stimulii sonori simultani, însă diferiți, sunt trimiși la două organe senzoriale auditive, drept și stâng.**

Pentru a studia atenția selectivă, se utilizează intensiv o tehnică zisă „a dublei sarcini", din care o formă destul de răspândită constă în a trimite, cu ajutorul unor receptoare de telefon, sunete (note muzicale) sau un mesaj la o ureche, iar alte sunete (alte note muzicale) la cealaltă ureche. Consemnul prescrie subiectului o sarcină care să utilizeze una dintre sursele de informație și o alta care s-o utilizeze pe cealaltă. A doua poate fi pur și simplu neglijarea informației. S-a putut astfel arăta că urechile, de fapt activitățile cerebrale care le corespund, pot după caz să disocieze, să repartizeze sau să compună informațiile adresate uneia sau alteia. Această tehnică este utilizată și pentru a compara funcțiile respective ale celor două emisfere cerebrale, pentru a pune în lumină asimetria cerebrală și pentru a studia funcțiile comisurilor interemisferice.

DIPSOMANIE (engl. *dipsomania*). **Impulsie extrem de puternică, cvasiirezistibilă, de a bea, care se manifestă prin accese și se exercită mai ales în ceea ce privește băuturile alcoolice.**

Acest mod de alcoolizare, care determină tulburări masive de comportament, se înrudește cu somalcoolozele lui P. Fouquet și cu alcoolismul epsilon al lui E.M. Jellinek. Dipsomanul luptă în stare de anxietate contra acestei conduite impulsive, fără a-i putea rezista. El se simte în general vinovat după ce i-a cedat. Tocmai în această privință se deosebește de alcoolicul obișnuit: „Dipsomanul este alienat înainte de a bea. Alcoolicul nu devine alienat decât pentru că a băut" (V. Magnan).

DISARTRIE (engl. *dysarthria*). **Deficiență de articulare verbală datorată unei leziuni cerebrale, considerată o formă minoră de anartrie și manifestându-se prin dificultatea de a emite sunete inteligibile.**

Pentru A. Kussmaul, care a descris-o în 1878, se deosebește de dislalie, care ar fi sau funcțională sau de origine periferică. Disartria se întâlnește frecvent în paralizia generală, unde este unul dintre semnele neurologice cele mai specifice. → ANARTRIE.

DISBAZIE (engl. *dysbasia*). **Tulburare minoră de echilibru, care determină perturbări ale locomoției și menținerii în poziție verticală.**

Disbazia intră în cadrul mai larg al sindromului ataxic.

DISBULIE (engl. *dysbulia*). **Dificultate volițională care face un subiect incapabil de a gândi liber și de a-și concentra atenția asupra unor obiecte exterioare preocupărilor sale.**

Considerată uneori ca formă minoră a abuliei*, disbulia apare mai ales la psihastenici (P. Janet) și la obsesionali.

DISCALCULIE (engl. *dyscalculia*). **Incapacitate particulară de a efectua operații formale și de a utiliza și integra simbolurile numerice.**

Discalculia determină mari dificultăți în învățarea calculului și a primelor rudimente matematice. Ca și dislexia, depinde cel mai adesea, la copil, de perturbări psihoafective.

DISCALIFICARE (engl. *disqualification*). **Proces interactiv care constă din negarea relației în care persoana este implicată.** (A nu se confunda cu termenul și noțiunea de *descalificare* — notă L.G.)

Această disfuncție se observă cel mai adesea în familiile cu tranzacție schizofrenică.

DISCONFIRMARE (engl. *disconfirmation*). **Proces interactiv care constă din negarea celuilalt, într-o relație dată.**

Această disfuncție se observă cu o frecvență crescută în familiile cu tranzacție schizofrenică, adică în familiile disfuncționale, în care recunoașterea de sine este compromisă („Tu nu exiști!"). Copilul recepteză mesajele familiale oscilând între două formulări: „Tu ești un copil pervers" și „Tu ești un adult nebun".

DISCORDANȚĂ (engl. *discordance*). **Lipsă de armonie între gândire sau sentimente și expresia lor, ceea ce determină o incoerență a simptomelor maladiei mentale, în speță schizofrenia, unde ea este tulburarea fundamentală.**

Lui P. Chaslin îi datorăm substantivul „discordanță" și adjectivul „discordant", atunci când el definește „nebuniile discordante", în ale sale *Elémentes de sémiologie et clinique mentales* (1912). Aceste „nebunii" sunt pentru el „aproape" echivalente ale demenței precoce descrise de E. Kraepelin. Și E. Bleuler, care descrisese „grupul schizofreniilor" (1911), recunoaște mai târziu că disocierea mentală, din care făcea baza acestei maladii, s-ar fi putut la fel de bine numi „discordanță".

Pe plan semiologic, distingem o discordanță a mimicii inadaptate la sentimentele bolnavului (râsete nemotivate, de exemplu) sau un manierism, o discordanță a activității motorii care se poate asocia cu impulsii diverse sau cu mișcări stereotipe parazitare, o discordanță emoțională și o discordanță de limbaj. Aceasta din urmă se caracterizează printr-o autonomie a expresiei verbale în raport cu conținuturile ideative, stereotipii de cuvinte sau de fraze, neologisme în care semnificantul nu mai are legături precise cu un semnificat și, la extremă, schizofrenia, în care limbajul devine el însuși incoerent, dezorganizat.

Bibl.: Lanteri-Laura, G., Gros, M., *Essai sur la discordance dans la psychiatrie contemporaine*, E.P.E.L., Paris, 1992.

DISESTEZIE (engl. *dysesthesia*). **Tulburare a calității percepțiilor senzoriale.**

Termenul este utilizat pentru a desemna mai ales tulburarea sensibilității, datorate în general unei leziuni neurologice periferice (simțul tactil). Este folosit și spre a descrie o deteriorare cantitativă: hipoestezie, care poate merge până la anestezie, și

hiperstezie*, care adesea se asociază cu senzații de durere.

DISFAGIE (engl. *dysphagia*). **Dificultate de a înghiți alimente solide, iar uneori chiar și lichide.**

Disfagia se poate datora unor leziuni organice ale laringelui sau esofagului (disfagia dureroasă este unul din primele semne ale cancerului acestui organ). Adesea, însă, este consecința unui simplu spasm de natură isterică.

DISFAZIE (engl. *dysphasia*). **La copil, alterare și întârziere importantă a limbajului, marcate de o insuficiență de articulare și de o diferențiere perceptivă a sunetelor, ca și de o proastă integrare a unor structuri gramaticale și semantice ale limbii.**

DISFUNCȚIE CEREBRALĂ MINIMALĂ (engl. *minimal brain dysfunction*). **Sindrom care asociază o hiperactivitate motorie involuntară și tulburări de concentrare și ale afectivității, care survin la un copil intact din punct de vedere neurologic.**

Tulburarea comportamentului, asociată cu dereglări cognitive, determină adesea dificultăți de adaptare la școală și chiar în familie.

Expresia *Minimal Brain Dysfunction* a înlocuit în 1962 (International Study Group) denumirea acestui sindrom original, datorată lui C. Bradley (1947), *Minimal Brain Injury*. Într-adevăr, niciodată nu a fost posibil să se localizeze o leziune cerebrală în această privință. În Franța există numeroase sinonime: *sindrom hiperkinetic, sindromul hiperactivității copilului* sau *disfuncție cerebrală minoră*. Existența la unii copii a unei instabilități psihomotorii a fost recunoscută de multă vreme și a fost raportată fie la coree, fie la hipomanie (P. Chaslin). Actualmente, unii autori, îndeosebi anglo-saxoni, atribuie această problemă unor factori organici (tulburări metabolice, complicații neonatale necunoscute), unor factori genetici (pentru care nu există probe). Ei utilizează noțiunea de antecedete patologice familiale ca alcoolismul, sociopatia și formulează ipoteze asupra mecanismelor neuroanatomice în cauză, incriminând substanța reticulată sau neuromediatorii. Pentru alții (G. Heuyer, S. Lebovici), condițiile familiale defectuoase (mizerie, disociație familială, abandon de către tată, carență educativă) sunt factori de insecuritate care tulbură dezvoltarea acestor copii, după cum divorțurile și plasările repetate în creșe sunt factori de carență afectivă și de tulburări de comportament. În pofida divergențelor lor asupra individualizării și cauzelor acestei hiperactivități, autorii cad de acord asupra descrierii clinice. Tulburarea apare precoce, din primele luni de viață, mai ales la primii născuți. Ar afecta un procent de 3 la sută din copiii prepuberi, cel mai adesea băieți. Relația cu mama ar fi inadecvată din cauza insecurității acesteia, a ambivalenței față de copil. Acesta doarme puțin, plânge mult, explorează și manipulează obiecte, adesea pentru a le distruge. Învață repede să meargă și nu stă locului nici măcar la masă. Atenția îi este limitată și nu poate înregistra ceea ce i se spune, ceea ce face să se considere că memoria îi este alterată. Copilul pare insuficient lateralizat, slab orientat în timp și spațiu. Este neîndemânatic. Evoluția este în general marcată de o regresie a tulburărilor la adolescență, dar se constată că adaptarea socială, în primul rând școlară, este extrem de compromisă în absența

unei supravegheri medicale precoce, care trebuie să ia în seamă toți factorii în cauză. Unii preconizează administrarea de amfetamine sau de ritalină, care favorizează vigilitatea și pot ameliora munca școlară.

DISGRAFIE (engl. *dysgraphia*). **Tulburare a funcției grafice scripturale care se manifestă la nivelul componentelor spațiale ale scrisului, pe când structurile morfosintactice nu sunt afectate.**

În dezvoltarea psihică a copilului disgrafia este o tulburare pur funcțională (fără leziune neurologică și fără deficiență intelectuală) a învățării grafice, adesea în raport cu perturbații afective și o deficitară organizare a reprezentării spațiale.

DISKINEZIE (engl. *dyskinesia*). **Mișcare anormală involuntară de amplitudine variabilă, mai mult sau mai puțin regulată în frecvența și ritmul ei, fie localizată într-o regiune anume (de exemplu, buco-linguo-facială), fie difuză, afectând în acest caz întregul corp.**

Unele diskinezii pot fi provocate de tratamente medicamentoase. Este cazul pentru L-dopa, utilizată la parkinsonieni, putând provoca asemenea mișcări, adesea de aspect coreic, dar este mai ales cazul unor neuroleptice utilizate în psihiatrie. Poate fi vorba de diskinezii precoce care survin de la prima administrare a medicamentului și cedează după injectarea de etilbenzatropină, sau spontan, la câteva ore după oprirea tratamentului. Alteori diskineziile apar tardiv, adesea în regiunea buco-linguo-facială, riscând să jeneze deglutiția, vorbirea și respirația.

Aceste tulburări s-ar datora unei hipersensibilități a receptorilor dopaminergici. Când sunt tardive, uneori din nefericire sunt definitive, nefiind ameliorate decât provizoriu printr-o priză de neuroleptic, ceea ce produce un fel de cerc vicios terapeutic destul de redutabil.

Bibl.: Casey, D.E. et alii, *Dyskinesia Research and Treatment*, Spring Verlag, Berlin, 1985; Jeste, D.V., Wyatt, *Understanding and Treating Tardive Dyskinesia*, Guilford Press, New York, 1982.

DISLEXIE (engl. *dyslexia*). **1) Dislexie dobândită, tulburări de citire consecutive unui traumatism sau unei leziuni cerebrale. 2) Dislexie developmentală, ansamblu de dificultăți specifice copilului în condițiile învățării cititului.**

DEOSEBIRILE DINTRE DISLEXIA DOBÂNDITĂ ȘI DISLEXIA DEVELOPMENTALĂ. Se face distincție între dificultățile de citire întâlnite la un pacient cu leziune cerebrală, care știa să citească înainte de accidentul său, și dificultățile pe care le poate avea un copil inteligent, fără patologie neurologică reperată, fără tulburări emoționale și fără dificultăți de ordin economic sau cultural, atunci când el trebuie să învețe să citească. În primul caz, există o legătură de la cauză la efect între locul leziunii și diferitele sindroame identificabile. Se disting trei mari tipuri de dislexii dobândite: dislexia fonologică, dislexia profundă și dislexia superficială. În cel de al doilea caz, dislexia developmentală, căutarea cauzelor constituie unul din obiectivele cercetărilor științifice contemporane.

Aceste cercetări s-au efectuat în diferite domenii și cu metode extrem de diversificate: cercetări genetice care vizează să pună în evidență anumite anomalii cromozomice; cercetări electrofiziologice care caută să releve modelele particulare

ale activității electrice a creierului sau o cinetică specifică a potențialelor evocate (→ POTENȚIAL) la copiii care întâmpină mari dificultăți în învățarea cititului sau la adulții care nu au reușit să învețe să citească; studii diferențiale ale debitului sanguin cerebral și, în mod general, recursul la imageria medicală modernă, încercându-se sesizarea unor diferențe funcționale între cei care citesc bine și cei care citesc prost; recursul la autopsia creierelor dislexicilor morți accidental, pentru a se compara arhitectura și organizarea celulară a creierelor dislexicilor cu acelea ale creierelor indivizilor normali; studii diferențiale ale mișcărilor oculare în timpul lecturii sau ale capacităților de identificare a literelor sau culorilor în vederea parafoveală și periferică în cazul unei fixări; studii epidemiologice asupra cohortelor de mii de copii dislexici, în scopul de a evalua prevalența tulburării și caracterul ei specific.

Deoarece copiii dislexici, spre deosebire de adulții cerebrolezați, nu suferă de leziuni identificabile, ideea care prevalează în toate aceste cercetări este că factorul cauzal trebuie căutat fie la nivel genetic, fie pe parcursul dezvoltării embriologice, fie într-o disfuncție sau simetrizare a creierului, fie în particularități ale văzului. Fără a nega interesul pe care îl poate avea continuarea acestui tip de cercetări, se pun dificile probleme de interpretare. În numeroase cazuri caracteristicile proprii subiecților dislexici nici măcar nu sunt evocate, ceea ce face dificilă corelarea tulburărilor de citit cu particularitățile puse în evidență în cutare sau cutare domeniu. Pe de altă parte, atunci când indicatorii utilizați sunt activitatea electrofiziologică sau activitatea și eficiența vizuale, cu greu putem ști dacă aceste particularități sunt o cauză sau o consecință a deficiențelor privind cititul. În particular, punerea în evidență a mișcărilor oculare eratice la dislexici poate foarte bine rezulta din dificultățile lor de a citi și nu invers.

Astfel, niciodată nu s-a putut dovedi că dislexicii au dificultăți generalizate de percepție vizuală. Se cuvine, pe deasupra, să avem mereu prezentă în minte ideea că cititul este o activitate culturală și nu naturală și că este strâns legată de limbă prin prisma scrisului; desigur, există deosebiri între scris și oral și deosebiri în modul în care un tip de scriere se raportează la limbă, dar ceea ce este văzut în scris nu sunt numai semnele vizibile, ci simbolurile.

APORTUL PSIHOLOGIEI COGNITIVE LA STUDIEREA DISLEXIEI DEVELOPMENTALE. Psihologiei cognitive îi datorăm faptul că s-a pus accentul, în cazul studierii dislexiei, pe disocierea cauzelor de efecte. Un copil care, de altfel, nu suferă de nici un deficit nu poate fi identificat ca dislexic decât la mai mulți ani după ce a început să învețe cititul. În raport cu cititorul bun, el are deci o destul de lungă experiență diferențială a cititului. Or, dezvoltarea competenței în materie de citit poate avea, la rândul ei, efecte asupra dezvoltării concomitente a capacităților cognitive și lingvistice. Dacă îi comparăm pe cititorii deficienți cu cititorii normali cu același nivel intelectual și cu aceeași vârstă cronologică, supunându-i la diferite tipuri de probe, ceea ce obținem este atât manifestarea a ceea ce a putut determina deficiența de citit (cauză), cât și expresia deosebirii, în ceea ce privește experiența cognitivă și lingvistică, dintre cititorii deficienți și cititorii normali (consecința). Pornind de aici, nu este de mirare că găsim corelații semnificative între numeroși factori și competența lexică. Aceasta nu

înseamnă că am identificat cauzele dislexiei, iar motivele sunt cel puțin două. Primul, clasic, însă adesea neglijat, este că nu putem trece de la relevarea unei corelații la o imputație cauzală; al doilea este faptul că relevarea de performanțe este un amalgam între ceea ce este determinant și ceea ce este determinat. Situația aceasta pune, deci, dificile probleme metodologice.

Progresele efectuate în acest domeniu au constat în a asocia diferite metode care să permită explorarea progresivă a unor factori determinanți ai dislexiei sau cel puțin a manifestărilor acestora pe planul tratării informației lingvistice. Utilizând metoda comparativă, dar veghind la a compara cititori normali și deficienți de același nivel intelectual, dar și de același nivel lexic [atenție la „nuanță": *nu lexical* — notă L.G.] (așa încât să extragem datele efectului contactului diferențial cu textul scris), putem repera factori care, eventual, au vocația de a fi identificați ca determinanți.

Acest demers, însă, nu este suficient; mai trebuie să arătăm că deosebirile observate într-o populație de copii cu privire la acești factori, înainte chiar de învățarea cititului, sunt predictive în ceea ce privește nivelurile de reușită ulterioară în materie de citit; lucrul acesta nu poate fi pus în evidență decât utilizând metoda longitudinală predictivă. În sfârșit, pentru a confirma caracterul cauzal al acestor corelații predictive, trebuie să putem demonstra, prin metode adecvate, că, antrenându-i în mod sistematic pe subiecți să efectueze sarcini care induc implicarea factorului sau factorilor în chestiune, vom observa efecte pozitive asupra învățării cititului, în raport cu una sau mai multe grupe de control care nu au fost supuse la alte antrenamente și nu au făcut obiectul nici unei intervenții. Aceste metode pot fi apoi asortate cu studii în care, prin sarcini identice cu acelea prezentate copiilor care încă nu au învățat cititul, explorăm capacitățile unor adulți analfabeți sau inculți, sau capacitățile unor copii care vorbesc o limbă lipsită de scriere și care nu frecventează grădinița.

Dacă, din imensa literatură științifică pe această temă, selectăm experiențele care au respectat criteriile metodologice evocate mai sus, constatăm în primul rând că numeroși factori în mod tradițional invocați drept cauze ale dislexiei își pierd caracterul determinant. La fel stau lucrurile cu dificultățile de organizare spațială, cu stângăcia, cu deficiențele de percepție vizuală sau auditivă, cu capacitățile de a stabili relații intermodale, ca să nu vorbim de relațiile cu tatăl sau de tulburările afective. Prin aceasta nu vrem să spunem că apariția unora dintre aceste tulburări (în special tulburările emoționale sau afective) nu ar putea fi considerate drept o consecință a unei învățări dificile a cititului.

FACTORII POTENȚIALI CARE STAU LA ORIGINEA DISLEXIEI. Factorii care rezistă sitei unui asemenea tip de analiză rămân puțin numeroși. Putem releva trei factori și încă nu este sigur că nu avem de-a face cu factorii din unul și același sistem de tratare subiacent. Aceste capacități ar fi următoarele:

1) Capacitatea subiecților de a lua cunoștință de componentele vorbirii, de a le analiza pe acestea în segmente de diferite dimensiuni (cuvinte, rime, silabe, foni, foneme) și de a efectua mental cu acestea operații diverse (segmentare, eliziune, substituție, fuziune, categorisire etc.). Altfel spus, copiii trebuie să capete capacitatea nu numai de a utiliza limba pentru a comunica, ci de a o lua într-un fel ca obiect și a

o analiza independent de semnificație. Este ceea ce, în jargonul specializat, numim „dezvoltarea conștiinței fonice", care, de altfel, poate da loc la un antrenament mai mult sau mai puțin sistematic. Este absolut clar că dislexicii au dificultăți considerabile în realizarea acestui tip de sarcini și că ei se arată inferiori copiilor cu doi-trei ani mai mici decât ei, dar de același nivel lexic.

2) Capacitatea subiecților de a numi cu rapiditate și precizie imagini, culori, cifre, iar ulterior litere, pe scurt, stimuli cărora subiectul trebuie să le găsească numele. Această dificultate este pusă în evidență foarte precoce în ceea ce privește simbolurile nongrafologice, dar ea capătă proporții și mai mari atunci când este vorba de stimuli grafici cum sunt cifrele, literele și cuvintele, precum și cuvinte care nu există, dar care sunt pronunțabile. Notăm îndeosebi, la copiii dislexici, o foarte mare dificultate, dacă nu cumva imposibilitate, de a citi cuvinte care nu există, ceea ce orice cititor mediu poate face fără probleme. În plus, această lentoare ar putea foarte bine să fie semnul unei organizări deficiente a lexicului lor mental.

3) În sfârșit, capacitatea subiecților de a utiliza codajul fonetic pentru a memoriza materialul prezentat vizual sau, în cazul unor sarcini complexe, verificarea unor fraze, a unui raționament sau lectura unui text urmărit, capacitatea de a-și mobiliza resursele atenționale spre a stoca și trata în același timp informația extrasă.

După cum putem constata, în toate cele trei cazuri este implicată informația fonetico-fonologică, fie pentru că unii subiecți nu pot să descompună semnalul continuu al vorbirii în unități discrete de diferite dimensiuni, fie pentru că ei nu reușesc să găsească rapid în lexicul lor mental numele de lucruri sau de simboluri, fie pentru că, în cazul unui tratament ceva mai compl[ex] care le este cerut, nu reușesc să gereze [în] mod convenabil restricțiile de păstrare [și] tratare a informației.

Nu este deci de mirare că dificultățile p[e] care le întâmpină copiii dislexici nu ies l[a] iveală decât atunci când sunt confruntați [cu] o sarcină cum este cititul. Într-adevăr, t[re]buie stabilit la ce corespund diferitele se[g]mente din care este constituit scrisul, c[u] în care trebuie fuzionate aceste segmen[te] în așa fel încât să fie recunoscute cuvinte[le] apoi aceste cuvinte să fie integrate în pro[po]ziții cu sens, sens care depinde atât d[e] ceea ce a și fost tratat cât și de ceea ce v[a] fi tratat. Ținând seama de ceea ce este me[mo]ria de lucru [a se vedea A.D. Baddeley's *Working Memory*, 1986 — notă L.G.], este clar că dacă copiii au dificultăți în ceea ce privește identificarea cuvintelor unui text ei nu vor putea integra informația conținută de acesta și că astfel nu vor reuși să-l înțeleagă. Nu capacitățile lor de înțelegere sunt în cauză, ci condițiile prealabile ale înțelegerii. Înainte de a fi confruntați cu această învățare, viitorii dislexici nu au decât rareori ocazia să-și demonstreze direct aceste capacități, care nu sunt deloc direct legate de competența de a comunica. Putem dovedi, folosind probe adecvate, că acei copii care încă nu au învățat să citească vor avea probabil dificultăți de a o face ulterior; dar dacă această predicție poate fi foarte utilă în termenii prevenției, ea în nici un caz nu poate ține loc de diagnostic. Într-adevăr, dintre copiii care prezintă dificultăți la probele de conștiință fonologică numai unii vor vedea dificultățile lor persistând, pe când alții, supuși unui antrenament sau fiind confruntați cu învățarea cititului, își vor recupera întârzierea.

O cercetare considerabilă rămâne de făcut, pe de o parte pentru a căuta să se înțeleagă relațiile care există între aceste deficiențe fonologice și, în amonte, condițiile în care s-a putut efectua achiziția limbajului, iar, pe de altă parte, pentru a se face legătura între aceste manifestări comportamentale și eventualele disfuncții la nivelul creierului.

PSIHOPATOLOGIA DISLEXIEI. Dislexia are diferite grade: citirea curentă și expresivă poate să nu fie obținută sau, mai grav, textul citit este incomprehensibil din cauza confuziilor de litere ale căror grafism sau sonoritate sunt asemănătoare, apoi din cauza inversiunilor etc. Toate aceste erori sunt comise și de debutanți, dar ceea ce îi caracterizează pe dislexici este frecvența și persistența acestor erori. Dislexia este o dificultate foarte răspândită, care are consecințe foarte severe (repetența). Unii specialiști sunt de acord în recunoașterea faptului că dislexia are o origine genetică sau organică, conceptul de disfuncție cerebrală minimală (a cărui realitate este foarte discutabilă) permițându-le uneori să ia în considerare existența unor leziuni cerebrale pe care nici un examen neurologic nu le poate dovedi. Alții (S. Borel-Maisonny) identifică în 70% dintre cazuri o elaborare incompletă și tardivă a limbajului oral. Dificultăți de orientare spațio-temporală — în special stângăcia contrariată —, precum și tulburări de percepție vizuală (cititul presupunând o corelare a semnelor vizuale cu datele auditive) și de ritm au fost, de asemenea, incriminate. În unele cazuri dislexia are valoarea unui simptom nevrotic care datează din prima copilărie, moment în care copilul este în mod normal încurajat de mama sa să constituie zona intermediară dintre Eu și non-Eu (zonă de fenomene tranziționale). Copiii care nu știu să citească la sfârșitul cursului pregătitor sunt mai numeroși în mediile socioeconomice defavorizate, iar C. Chiland (*Copilul în vârstă de 6 ani și viitorul său*, 1971) a constatat că nivelul sociocultural cântărește mai greu decât Q.I. în determinarea nivelului învățării cititului și a ortografiei la sfârșitul cursului pregătitor. Dislexia reprezintă o constelație de dificultăți dintre care nici una, luată singură, nu reușește să o explice. Disortografia i se asociază întotdeauna, dar, în anumite cazuri, dislexia este foarte discretă, iar disortografia apare în prim-plan. Se admite în acest caz că dislexicul, care a știut să-și creeze repere care să-i permită suplinirea dificultăților temporo-spațiale în citit, este depășit în ceea ce privește învățarea ortografiei. Dislexie și/sau disortografie pot fi reeducate sub conducerea unui specialist în ortofonie. Datorită unei scrieri judicioase de exerciții, acesta reușește să-l facă pe copil să-și abandoneze conduitele de eșec și de fugă din fața limbajului scris, făcându-l în primul rând să simtă că a citi este o plăcere. Atunci când, însă, pe primul plan se situează dificultățile afective, psihoterapia se impune înainte de toate, ca măsură de reeducare specifică.

Bibl.: Bryant, P.E., Bradley, L., *Children's Reading Difficulties*, Blackwell, Oxford, 1985; Casalis, S., Lecocq, P., „Les dyslexies", in Fayol, M. et alii, *Psychologie cognitive de la lecture*, P.U.F., Paris, 1992; Critchley, McD., *La dyslexie vraie et les difficultés de lecture chez l'enfant*, Privat, Toulouse, 1974; Frith, U., „A developmental framework for developmental dyslexia", *Annals of Dyslexia*, 1986, 69–81; Galaburda, A.M., „Developmental dyslexia: Current anatomical research", *Annals of dyslexia:* 13, 1983, 41–53; Johnston, R.S., Rugg, M.D.,

Scott, T., „Phonological similarity effects, memory span and developmental Reading Disorders: the nature of the relationship", *British Journal of Psychology*, 1987, 205–211; Kamhi, A., Catts, U.W., „Toward an understanding of developmental language and reading disorders", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 1986, 337–347; Lecocq, P., *Apprentissage de la lecture et dyslexie*, Mardaga, Bruxelles, Liège, 1991; Lecocq, P., „À propos de la dyslexie développmentale", in J.M. Monteil, M. Fayal (eds.), *La psychologie scientifique et ses applications*, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 1989; Lecocq, P., „La dyslexie développmentale", *Lexique*, 8, 1989, 103–135; Morais, J., Bertelson, P., Cary, L., Alegria, J., „Literacy training and speech segmentation", *Cognition*, 24, 1986, 45–64; Seymour, P.H.K., *Cognitive Analysys of Dyslexia*, Routledge & Kegan Paul, 1986; Snowling, M., Goulandris, N., Bowlby, M., Howell, P., „Segmentation and speech perception in relation to reading skill: a developmental analysis", *Journal of Experimental Child Psychology*, 41, 1986, 489–507; Wolf, M., Goodglass, H., „Dyslexia, dysnomia and lexical retrieval: a longitudinal investigation", *Brain and Language*, 28, 1986, 154–168.

DISMORFOFOBIE (engl. *dysmorphophobia*). **Preocupare exagerată și chiar teamă obsedantă de a fi deformat sau de a avea un aspect dizgrațios al corpului în totalitatea sa sau parțial.**

Descrisă pentru prima dată sub această denumire de E. Morselli, în 1886, dismorfofobia nu este o simplă fobie, ci mai degrabă o credință cvasidelirantă. Subiectul care suferă de aceasta este convins că este urât, că are un corp anormal, malformat. Urâțenia, chiar dacă are uneori un anumit fundament real, nu este apreciată obiectiv. Ea este trăită ca un obstacol de netrecut în calea unei existențe normale și a relațiilor socioafective satisfăcătoare cu anturajul. Poate să apară ca o tulburare izolată la sfârșitul perioadei de latență, când copilul suportă cu greu mutațiile corporale ale perioadei pubertare.

Transformarea mamară la fată, apariția unor caractere sexuale secundare la cele două sexe, o creștere morfologică întârziată sau, dimpotrivă, rapidă, o ușoară obezitate, ori, invers, o anumită slăbire pot fi substratul obiectiv al unei neliniști care riscă să agraveze criticile mediului care impune canoane estetice corporale. Oricât de puțin timid, introvertit sau hipersensibil ar fi adolescentul, aceasta este de ajuns uneori ca să declanșeze preocuparea sa morbidă, care poate evolua într-un mod exclusiv depresiv. Uneori, însă, tulburarea se agravează și poate deveni primul simptom al unei evoluții schizofrenice, care trebuie recunoscută, cu atât mai mult cu cât dismorfofobia poate rămâne multă vreme singurul simptom al procesului disociativ.

J.M. Alby și Ferrari au regrupat tulburările imaginii de sine sub termenul „dismorfestezie", care desemnează o dimensiune afectivă de apreciere a frumuseții (Ferrari, 1990), termen mai potrivit decât dismorfofobie, care de asemenea regrupează patologia organică referitoare la morfologia subiectului.

Dismorfestezia ar fi, deci, o preocupare morbidă centrată pe înfățișarea corporală. Subiectul, după gradul de aderență la diformitatea pe care o invocă, își exprimă urâțenia cu îndoială, cu teamă, idei obsedante, ca idee fixă, ca pe o convingere de nezdruncinat. Această obsesie a diformității, privind cel mai adesea fața, ar explica gradul de jenă socială, evitarea relațională, chiar izolarea, legate de judecata defavorabilă presupusă din partea semenului. Câmpul de interese se focalizează asupra obținerii presante a unei intervenții

chirurgicale (J.M. Alby, 1969), uneori realizată de un estetochirurg complezent, fără a aduce, cum s-ar crede, nici cea mai mică ameliorare pe plan mental.

DISOCIATIV, DISOCIATIVĂ (engl. *dissociative*). **Referitor la disocierea mentală.**

Vorbim adesea de „psihoză disociativă" pentru a descrie sau chiar pur și simplu pentru a denumi schizofrenia. Adjectivul îl găsim utilizat și în DSM (1980) pentru a se califica unele tulburări disociative a căror „caracteristică esențială este o alterare secundară și tranzitorie a funcțiilor normale de integrare ale conștiinței, ale identității și comportamentului motor". Este un proces de dezintegrare provizorie a activității psihice, care se manifestă îndeosebi în isterie și pe care l-a descris deja P. Janet, în 1889, numindu-l „dezagregare", și arătând că stă la originea dedublării personalității, atât de frecventă la isterici.

DISOCIERE (engl. *dissociation*). **Ruptură a unității psihice care provoacă o relaxare a proceselor asociative pe care s-ar baza funcționarea mentală.**

Termenul se folosește în cadrul nevrozei isterice de tip „disociativ" și în acela al psihozei schizofrenice „disociative". În primul caz este vorba îndeosebi de sindromul „personalității multiple", de fugile și amneziile „psihogene" și de „nevroza de depersonalizare" (DSM-III R). În cel de al doilea caz este vorba de calificarea schizofreniei ca „psihoză disociativă".

E. Bleuler este acela care a făcut din disocierea mentală (în perspectiva unei psihologii asociaționiste, prevalentă în epoca sa) tulburarea primară fundamentală a schizofreniei, pe care o descrie în monografia sa din 1911 cu privire la această psihoză cronică numită până atunci „demență precoce". El recunoaște mai târziu că termenul *discordanță*, introdus în 1912 de P. Chaslin, spre a defini această maladie mentală, este practic sinonim cu acela de *disociere*.

Aceasta se manifestă mai ales prin tulburări ale cursului gândirii: rătăcire, capriciozitate și baraje care, într-adevăr, constituie semnul patognomonic; celelalte elemente semiologice au fost descrise în articolul DISCORDANȚĂ.

Cât privește marile simptome ale schizofreniei, replierea autistică, tulburări psihosenzoriale, producții delirice, anomalii de conduită, ele nu ar fi, pentru Bleuler, decât fenomene accesorii ale disocierii mentale. → DEDUBLAREA PERSONALITĂȚII; ISTERIE; SCHIZOFRENIE.

DISORTOGRAFIE (engl. *dysorthographia*). **Tulburare a dezvoltării exprimării, privind învățarea limbii scrise, care apare la începutul școlarității la copii cu o inteligență normală, integri pe plan senzorial și motor.**

Disortografia însoțește dislexia*, dar poate fi și independentă de orice tulburare a cititului.

Învățarea ortografiei necesită o anumită stăpânire a limbajului și a cititului, dar și alte aptitudini. Copilul trebuie să poată memoriza forma cuvintelor și să fi perceput elementele fonetice, pentru a-și face o reprezentare mentală exactă. El utilizează silabisirea cu voce joasă, care adesea stă la originea greșelilor prin confundarea sunetelor (boltă, în loc de bortă), eliziuni și intervertiri de sunete (aeoport). Transcrie uneori fraza dictată în termeni apropiați de vorbirea sa obișnuită (*ça métégal qui s'en va seul* în loc de *ça m'est égal qu'il s'en aille seul*). Unele greșeli se datorează unei

proaste învățări a cititului, altele sunt comise prin erori de interpretare, nefiind înțeles sensul frazei. De exemplu *c'est Jean qui emmène leur cheval* în loc de *ces gens qui emmènent leur cheval*.

Adesea avem de-a face cu o întârziere în achiziția limbajului oral. Copilul nu se poate detașa de un conținut global al mesajului, ca să-i analizeze elementele și, deci, nu le poate restitui în limba scrisă. El are dificultăți în integrarea morfologiei complexe a verbelor, chiar dacă cunoaște conjugarea acestora. Caută să-și compenseze tulburările de înțelegere și dificultățile în aplicarea regulilor gramaticale printr-un raționament complicat și eronat (*une tasse de café, il faut un e au bout parce que c'est dans une tasse*).

În sfârșit, mulți copii disortografici sunt disgrafici, mascând printr-o grafie confuză ignorarea ortografiei sau o opoziție caracterială (S. Borel-Maissony).

Ca și în cazul dislexiei, autorii au divergențe în ceea ce privește cauzele tulburării. Unii organiciști atribuie dislexia–disortografia unei maladii cu componentă genetică sau constituțională, în raport cu disfuncții cerebrale. Alții doresc să-i disocieze pe copiii cu grave tulburări dislexico-disortografice, greu de reeducat și care adesea prezintă dereglări în dezvoltarea psihomotorie și afectivă, de marea majoritate a copiilor care prezintă un eșec școlar din cauza conjuncției unor factori socio-familiali și pedagogici defavorabili. În toate cazurile, însă, autorii cad de acord asupra necesității prevenției pedagogice și a depistării, încă din grădinița de copii, a dificultăților de învățare. Intervenția unui ortofonist și eventual a altor specialiști, pentru reeducarea și luarea sub supraveghere a acestor copii, nu trebuie amânată.

DISPAREUNIE (engl. *dyspareunia*). **Durere provocată la femeie de raporturile sexuale.**

Ecoul acesteia asupra vieții cuplului este deosebit de important și este un motiv foarte frecvent de consultare a ginecologilor și consilierilor conjugali.

Se disting, în general, dispareunii de penetrație, resimțite de femeile cu vaginul strâmt sau în urma unei suturi perineale prea strânse, dispareunii de „prezență", legate adesea de vaginite infecțioase, micozice sau trofice, și dispareunii profunde, în raport cu o retroversie uterină, o endometrită, o distrofie ovariană.

Pe lângă aceste cauze organice, la urma urmelor destul de rare, dispareunia este adesea de origine afectivă, fie că este primară, apărând de la primele relații sexuale, sau secundară, de exemplu după o naștere. Ea maschează adesea la pacientă o frigiditate nevrotică, care servește într-un fel ca alibi în refuzarea partenerului. Iată de ce, în toate cazurile, abordarea psihoterapeutică este indispensabilă. Aceasta va face să apară cauza originară a dispareuniei: doliu, teama de o nouă sarcină, avort cu sentimente de culpabilitate. Durerea sexuală se manifestă ca un refuz al plăcerii, ca o conduită de autopunițiune sau ca dezgust față de partener. Se pot propune, de asemenea, unele tehnici de reeducare sexuală (W.H. Masters și V.E. Johnson) și pot fi utilizate pe scară largă metodele de relaxare în scopul încetării acestei tulburări adesea greu de vindecat.

DISPENSAR (engl. *autopatient's department*). **Loc de consultare și de cură pentru bolnavii în tratament ambulatoriu, extraspitalicesc.**

Create în Franța ca urmare a legii Bourgeos, în 1916, dispensarele, zise atunci „de igienă socială", erau destinate mai ales luptei antituberculoase. În 1922, E. Toulouse inaugurează la Paris un *serviciu departamental de profilaxie mentală*, în care se găsește primul dispensar rezervat bolnavilor mintali. Acest serviciu va deveni, în 1926, Spitalul Henri-Rousselle. Dar numai în 1941 G. Meuyer și R.H. Hazemann introduc consultații psihiatrice în dispensarele de igienă socială. Decretul din 20 mai 1955 le generalizează în cadrul prevenției bolilor mintale și alcoolismului, iar circulara din 20 mai 1960 le integrează în dispozitivul sectorizării psihiatrice, denumindu-le „centre medico-psihologice". Deși extraspitalicești, ele sunt, din 1986, gerate de spitalele psihiatrice, din rațiuni de economie și gestiune optimă. Cel mai adesea formează un ansamblu polivalent medico-social, însoțindu-se în unele cazuri cu un spital de zi și un centru de ajutorare și de criză. Orientate nu numai spre prevenție, ci și spre tratament, postcură și readaptare socioprofesională a bolnavilor ieșiți din spitalul psihiatric, aceste ansambluri, când sunt complete, sunt numite „centre de sănătate mentală".

DISPERARE (engl. *distress*). **Sentiment de delăsare, de abandon, resimțit într-o situație critică, necesitând un ajutor din afară și/sau determinându-l pe subiect să ceară ajutorul, un sprijin social sau psihologic.**

Vorbim, îndeosebi în cadrul urgențelor psihiatrice, de starea de disperare care depinde de o asistență imediată, nu întotdeauna exclusiv de ordin medico-psihologic. Într-adevăr, adesea este vorba de o dezinserție socială, de o pierdere a cadrului de viață obișnuit, de o mizerie economică, însoțite de tulburări psihoafective care pot merge de la o simplă criză depresivă reacțională până la o stare confuzională acută. Subiectul disperat suferă de o dispariție a investițiilor sale afective și de o blocare a mecanismelor de apărare, ceea ce poate conduce, mai ales la bătrânețe, la o gravă sincopă psihică*. Această evoluție arată necesitatea unei ajutorări specifice de calitate, care să țină seama de diversii factori în cauză și de interesul prezentat de prevenția disperării, în special printr-o muncă de sector care să permită menținerea la domiciliu a persoanelor în vârstă.

DEZV. La copil, fie că ea desemnează o stare fizică sau un sentiment, disperarea este evaluată proporțional cu eforturile desfășurate de subiect pentru a combate situația actuală. Drept indiciu în evaluarea gravității stării subiectului avem forța răspunsului spontan sau, în situațiile cele mai severe, cantitatea și durata manevrelor de asistență la care s-a recurs.

Criza respiratorie neonatală reprezintă partea cea mai importantă a patologiei adaptării noului-născut. Șocul afectiv manifestat ca răspuns la plecarea mamei sau în prezența unei persoane străine servește drept indicator al dezvoltării socioafective a copilului.→ ATAȘAMENT.

DISTIMIE (engl. *dysthymia*). **Formă de depresiune cronică, caracterizată printr-o tulburare de dispoziție de tip depresiv, prezentă în cea mai mare parte a zilei și care continuă timp de cel puțin doi ani (un an la copii și adolescenți).**

Distimia, stare depresivă cronică cu evoluție prelungită, este așadar de diferențiat de depresiile periodice majore ale psihozei maniaco-depresive*. Ea se asociază, în general, cu tulburări de apetit

(anorexie sau hiperfagie) și de somn (insomnie sau hipersomnie), cu o oboseală generală, cu dificultatea de a lua decizii sau chiar pur și simplu de a se concentra și cu o scădere a stimei de sine, acompaniată de o anumită disperare.

Descrisă de E. Kraepelin, în 1921, ca un fel de temperament care predispune la melancolie, distimia a fost îndelung discutată în calitatea ei de categorie nosologică. DSM-III o face să apară ca veritabil sindrom, care se deosebește atât de psihoza maniaco-depresivă cât și de depresiile pur nevrotice, cu care multă vreme a fost confundată. Este o stare cronică ce poate să apară de la sfârșitul adolescenței și până la începutul senectuții. H.S. Akiskal a propus, în 1983, recunoașterea a trei forme distincte:

1) aceea în care distimia apare după un episod depresiv major, căruia ea îi reprezintă o sechelă cronică;

2) aceea care este secundară față de o afecțiune organică invalidantă sau față de o maladie psihiatrică fără tulburare timică inițial (nonafectivă);

3) aceea care s-ar apropia de vechea descriere a lui Kraepelin, a unui temperament, a unui caracter depresiv predispozant la veritabile depresii majore.

DISTONIE (engl. *dystonia*). **Tulburare a tonusului muscular care determină atitudini involuntare, uneori dureroase, ce apar cu prilejul unor mișcări sau a menținerii posturale.**

Distoniile sunt uneori, ca și diskineziile, provocate de tratamente neuroleptice. *Distonia neurovegetativă* este o perturbare minoră a funcționării sistemelor simpatic și parasimpatic, sisteme care reglează viața vegetativă.

DIZARMONIE EVOLUTIVĂ (engl. *devalopmental dysharmonia*). **Perturbare evolutivă complexă a dezvoltării copilului, a mecanismelor de la nivelurl diversificate (psihotic, nevrotic, psihopatic), care se manifestă printr-o simptomatologie în mozaic.**

Noțiunea de dizarmonie o datorăm lui P. Mâle, ca și lui T. Simon și G. Vermeylin, care au introdus diferențierea „debilitate armonică și dizarmonică". R. Misès este însă acela care, mai recent, a rotunjit această entitate nosologică, spre a da seama de complexitatea structurării unor stări deficitare și psihotice la copil. Copilul dizarmonic prezintă cel mai adesea un deficit intelectual dizarmonic și eterogen, întrucât nu afectează în același mod psihomotricitatea, limbajul și funcțiile cognitive. Există, de exemplu, o perseverare verbală cu ecolalie (repetarea ca în ecou a cuvântului interlocutorului); inaccesul la joc, în pofida unui bun nivel al vocabularului, cu incapacitatea de a structura o istorie sau de a începe un desen, deși exprimarea este corectă.

Copilul este adesea dispraxic (neîndemânare), disgnozic (dificultate de a recunoaște forme sau obiecte) și disfazic (tulburare de limbaj). Lateralizarea sa este prost asigurată, copilul este rău orientat în timp și în spațiu. Pe plan afectiv, contactul este în general bun, dar uneori întrerupt de bizarerii, de faze de repliere în sine sau de excitație. La fel, pot exista episoade de tulburări ale funcțiilor instinctuale (encopresie, enurezie, bulimie și tulburări de somn). Angoasa subiacentă este masivă, prost controlată. Ea se manifestă prin agitație, treceri subite la act, dar și prin exprimarea unor fantasme brute și primitive, cum ar fi frica de a fi înghițit de un

automobil sau de chiuveta din baie. Cu toate acestea, copilul dizarmonic reușește mai bine decât psihoticul să utilizeze mecanismele de apărare contra angoasei, mecanisme care îi permit parțial să investească în realitatea exterioară, mai ales în cazul în care a putut fi stabilită o supraveghere psihoterapeutică adaptată. Alteori, evoluția personalității este amenințată de debilizarea progresivă. Accentul mai mult sau mai puțin marcat pe deficiența intelectuală explică faptul că unii autori vorbesc de o deficiență dizarmonică de versant psihotic, nevrotic sau depresiv, după prevalența mecanismelor în cauză, în opoziție cu alți autori care insistă mai mult asupra aspectului evolutiv, vorbind de dizarmonie evolutivă care duce la o organizare deficitară distinctă a deficienței dizarmonice.

Bibl.: Lang, J.-L., *Aux frontières de la psychose infantile*, P.U.F., Paris, 1978; Misès, R., *Cinq études de psychopathologie de l'enfant*, Privat, Toulouse, 1987.

DOLIU (engl. *bereavement, mourning*). **Stare de pierdere a unei ființe dragi, asociată cu disperare și durere morală, putând determina o veritabilă reacție depresivă și necesitând un travaliu intrapsihic, zis „travaliu de doliu" (S. Freud), pentru a fi surmontată.**

Putem recunoaște, cu D. Lagache și M. Hanus, un *doliu normal*, un *doliu complicat* și un *doliu patologic*. Dacă cel dintâi dispare destul de repede, trecând succesiv prin cele trei faze, de disperare, de depresie și de adaptare, datorită proceselor de dezinvestire, interiorizare și identificare a obiectului pierdut, de culpabilitate și apoi de detașare finală, nu tot așa stau lucrurile în privința celorlalte două, care intră în cadrul patologiei psihice.

Doliul complicat se caracterizează printr-un blocaj al travaliului, cu prelungirea fazei depresive, prin reacții de stres (cu posibilitatea unor manifestări psihosomatice grave) și treceri la acte suicidare deosebit de frecvente.

Doliul patologic tinde să conflueze în maladia mentală. Criteriile sale sunt o întârziere în apariția mâhnirii profunde, apoi o prelungire a evoluției sale mai mult de doi ani și o amenințare reală a sănătății psihice. Poate fi vorba de o veritabilă psihoză melancolică sau maniacă (mania doliului cu negarea pierderii) sau de un doliu obsesional, ori de o isterie de doliu. În această din urmă formă, destul de frecventă, îndoliatul se comportă ca și cum defunctul ar fi rămas viu. Îi vorbește, îi păstrează locul la masă, patul și camera cu toate lucrurile personale, într-un cadru imaginar de cvasirealitate, veritabil loc de supraviețuire. Identificarea cu dispărutul se exprimă prin reproducerea mai mult sau mai puțin inconștientă a simptomelor sale, riscând să ajungă la tulburări somatice de conversie uneori foarte grave. Identificarea devine imuabilă și necesită ca pacientul să fie supus psihoterapiei, pentru ca doliul său să poată fi remobilizat și reelaborat până la finalul evoluției normale. Formele complicate și patologice de doliu trebuie de fapt tratate cât mai precoce posibil, mai întâi prin tratamente specifice stărilor depresive sau maniace, apoi prin terapii de inspirație psihanalitică; acestea sunt, în mod normal, însoțite de măsuri de readaptare socială și afectivă.

PSIHAN. S. Freud întreprinde, în 1915, un studiu comparat al doliului și al procesului melancolic (*Doliu și melancolie*, apărut în 1917). În fața recunoașterii dispariției obiectului extern, subiectul trebuie să

îndeplinească un anumit travaliu, acela al doliului. Libidoul trebuie să se detașeze de amintirile și speranțele care îl leagă de obiectul dispărut, după care Eul redevine liber.

M. Klein, ajutată de lucrările lui K. Abraham, va îmbogăți concepția freudiană (*Doliul în raporturile sale cu stările maniaco-depresive*, 1940) prin descoperirea de spații psihice interne, teatru al existenței unor obiecte interne ale căror calități de bunătate și trăinicie sunt puse la încercare cu prilejul pierderii unui obiect extern.

Un travaliu de doliu, dureros și normal, este deja îndeplinit de copilul mic de tot, care ajunge să abordeze și să elaboreze poziții depresive. În cursul acestora, copilul conștientizează faptul că cel care îl iubește și cea care îl atacă în fantasmele sale distructive reprezintă una și aceeași persoană. El trece atunci printr-o fază de doliu, în care atât obiectul extern cât și obiectul intern sunt trăite ca distruse, pierdute, abandonându-l pe copil depresiei sale. Numai puțin câte puțin, cu durere, supunând unui travaliu această ambivalență și împins de culpabilitatea depresivă, va reuși copilul să restabilească în el un obiect intern bun și securizant.

O persoană în doliu caută, printr-un proces similar, să reinstaleze în ea însăși subiecții săi cei buni, părinții iubiți (→ TRAVALIUL DOLIULUI). Ea își recapătă atunci încrederea în ființa iubită în interiorul ei și, datorită acestei prezențe interne, poate suporta ideea că ființa externă și dispărută nu era perfectă. Eșecul acestui travaliu al doliului, legat de stările melancolice sau maniaco-depresive, transformă, susține M. Klein, „mortul într-un persecutor și năruie de asemenea credința subiectului în obiectele sale interioare bune".

DOMINANȚĂ CEREBRALĂ (engl. *cerebral dominance*). **Noțiune potrivit căreia, la subiecții dreptaci, emisfera stângă, specializată în funcția limbajului articulat și în comanda mâinii preferențiale, domină cealaltă emisferă, considerată minoră.**

Această noțiune trimite, deci, la conceptul de distribuție asimetrică a funcțiilor în emisferele cerebrale.

ISTORIC. Rolul emisferei stângi în funcția limbajului a fost descoperit în cursul secolului al XIX-lea. Într-adevăr, P. Broca a demonstrat că un subiect care avea o leziune în emisfera stângă, mai precis la nivelul piciorului celei de a treia circumvoluții frontale, prezenta o pierdere a facultății limbajului articulat. Pornindu-se de la acest caz clinic, s-a dezvoltat ideea unei inegalități a contribuției fiecărei emisfere la funcțiile mentale umane. La fel, a fost corelat cu emisfera stângă faptul de a fi dreptaci sau stângaci. Proporția dreptacilor (care au o comandă motorie stângă) și localizarea în stânga a limbajului au contribuit la erijarea termenului de *emisferă dominantă* sau *majoră*. După 30 de ani, însă, se pare că s-a operat o luare în seamă, nouă și fundamentală, a participării emisferei drepte la diferitele funcții. Într-adevăr, studierea pacienților epileptici care au suferit o deconexiune chirurgicală a celor două emisfere, precum și tehnicile noi, cum sunt electrofiziologia și imageria cerebrală, stau la originea acestei reconsiderări.

MIJLOACE DE CERCETARE ACTUALE. Spațializarea emisferică este analizată cu ajutorul înregistrărilor activității electrice cerebrale, prin tehnici de potențiale evocate, de electroencefalografie cuantificată și prin tehnici de imagerie de tipul rezonanței magnetice nucleare. Aceasta permite evaluarea cu precizie a activității fiecărei regiuni în cazul derulării unei sarcini cognitive sau motorii sau măsurarea anatomică a gradului de asimetrie cerebrală pentru fiecare localizare.

Ascultarea dihotică, adică auzirea la fiecare ureche, în mod simultan, a doi stimuli diferiți, confirmă supremația emisferei stângi în domeniul tratării limbajului și aceea a emisferei drepte în ceea ce privește perceperea modulării limbajului și a conținutului emoțional al vocilor, ca și în analiza melodiilor. Inactivarea funcțională temporară a uneia dintre emisfere, printr-o injecție de pentobarbital sodic în una dintre carotide (testul Wada), a demonstrat o asimetrie în cazul experienței emoționale, inactivarea emisferei drepte fiind însoțită de indiferență, chiar de euforie, iar aceea a emisferei stângi de reacții de catastrofă.

În afară de aceasta, în domeniul neurochirurgical, tehnica *split brain*-ului (secțiunea corpului calos între emisferele cerebrale) oferă un aport experimental deosebit de important. Aceste studii, întreprinse de echipe americane pe subiecți suferind de epilepsie gravă și rebelă, permit individualizarea precisă a competenței și contribuției fiecărei emisfere în fiecare comportament.

CARACTERIZAREA ASIMETRIEI FUNCȚIONALE. În domeniul clinic, distincția între funcții verbale și nonverbale pare a explica cel mai bine această noțiune. Un deficit verbal este, în majoritatea cazurilor, consecința unei leziuni a emisferei stângi, atât în ceea ce privește înțelegerea cât și în ceea ce privește producerea limbajului.

Dimpotrivă, perturbările vizuo-spațiale sau de orientare în spațiu rezultă, în mare parte, din leziuni în emisfera dreaptă, chiar dacă discriminarea detaliilor vizuale pare să depindă de o activitate a emisferei stângi. Dar, modul verbal constituind o etapă intermediară obligatorie pentru expresia oricărei funcții perceptive, este aproape imposibil de conchis cu privire la participarea exclusivă a creierului drept în cazul unui comportament precis. La fel, punerea în evidență a posibilităților de înțelegere verbale la subiecți purtători de leziuni stângi a relativizat total implicațiile fiecărei regiuni cerebrale într-o funcție mentală. Orice corelație între o funcție și o localizare cerebrală unică pare de acum înainte imposibil de stabilit.

Cu toate acestea, emisfera dreaptă, în afară de importanța sa în domeniul vizuo-spațial, joacă un rol preponderent în recunoașterea figurilor umane, cel puțin în ceea ce privește o recunoaștere globalizantă (emisfera stângă tratează trăsăturile faciale de manieră independentă). Intrarea în joc a proceselor emoționale trimite, de asemenea, la o localizare dreaptă.

În sfârșit, în planul tratării informației, emisfera stângă ar proceda după un mod analitic, pe când cea dreaptă ar fi mai degrabă un centru integrativ sau globalizant.

SIMILITUDINI ÎNTRE CELE DOUĂ EMISFERE. În pofida evidenței unei asimetrii cerebrale, funcționarea celor două emisfere rămâne esențialmente simetrică. Structura lor de bază este identică, iar multiplele conexiuni prin rețeaua densă de fibre comisurale permit legătura permanentă a zonelor de activitate similare. Pe plan fiziologic, tehnicile folosite se pun de

acord în demonstrarea unei activități simultane a celor două emisfere în cazul realizării oricărui comportament. De altfel, analiza deficiențelor consecutive unei leziuni unilaterale face să apară o mare analogie de funcție între ariile homotipice ale celor două emisfere.

DIFERENȚE ÎNTRE CELE DOUĂ EMISFERE

Diferențe anatomice. Diferențele sunt anatomice și funcționale. Examinarea creierului uman permite să se constate că acesta comportă o dispunere de circumvoluții nesuperpozabile, fără a fi totuși posibilă discernerea unei asimetrii clare. În 1968, N. Geschwind și W. Levitsky au demonstrat importanța unei zone înfundate în scizura laterală, zonă numită *planum temporalis*. Aceasta este net mai vastă la stânga decât la dreapta, iar un examen citoarhitectonic a permis observarea unei suprafețe a *planum temporalis* de șapte ori mai întinsă în emisfera stângă. De altfel, această regiune joacă un rol crucial în înțelegerea limbajului vorbit și se dezvoltă din a 29-a săptămână de gestație, sugerând o predispoziție înnăscută pentru comprehensiunea verbală. Descoperirea unei diferențe de mărime în cazul celei de a 3-a circumvoluții frontale (sau aria lui Broca), mai vastă în dreapta și totuși fundamentală în stânga pentru producerea limbajului vorbit, a făcut să fie repuse în cauză corelațiile potențiale dintre întinderea anatomică a unei regiuni și rolul preponderent la nivel comportamental. Într-adevăr, această regiune dreaptă nu aduce nici o contribuție la limbajul articulat. Aceasta limitează considerabil concluziile care pot fi trase din diferențele de suprafață între cele două emisfere.

Prevalență manuală. Acesta este semnul cel mai evident al unei asimetrii funcționale. Proporția subiecților dreptaci este de 90%. Observarea unei proporții de acelaș ordin pentru specializarea verbală a emisferei stângi a permis punerea în relație a celor două fenomene. La fel, asimetria privind *planum temporalis* poate fi apropiată de dominanța emisferei stângi de către limbaj și datele privind localizarea altor funcții. Cu toate acestea, corelațiile trebuie să coincidă cu faptul că această asimetrie anatomică este prezentă numai la 70% din populație. Putem constata, prin tehnici de rezonanță magnetică nucleară, un paralelism între gradul de dreptăcie (*droiterie*) al unui subiect și suprafața deținută de *planum temporalis*. În afară de aceasta, relația dintre prevalența manuală și reprezentarea emisferică a limbajului este bine stabilită: 96% dintre subiecții dreptici au o reprezentare stângă a limbajului. La stângaci, numai 70% au aceeași reprezentare, 15% posedă proiecții drepte, iar 15% au un limbaj reprezentat în ambele emisfere.

În afară de aceasta, corpul calos este mai dezvoltat la stângaci, deci are conexiuni mai numeroase între cele două emisfere. În domeniul genetic se vădește că stângacii au o mare proporție de ascendenți stângaci și o probabilitate mai ridicată de a avea descendenți cu aceeași preferință manuală. Proporția de stângaci este de altfel identică, oricare ar fi mediile sociale. Dar transmiterea ereditară nu este la fel de stabilită, deoarece gemenii autentici nu au în mod absolut aceeași preferință manuală. În plus, un gradient maturizațional, o anoxie neonatală, precum și influența parentală sunt susceptibile să determine preferința pentru mâna stângă la o slabă proporție de populație. În prezent, însă, nu putem explica cu precizie cauzele preferinței manuale.

IPOTEZE ACTUALE. Ele evoluează împotriva unei cercetări de identificare a competenței proprii în mod exclusiv fiecărei emisfere. Nu există funcții localizate într-o singură emisferă, chiar dacă aporturile lor sunt rareori echivalente. Multiplele conexiuni dintre cele două emisfere sugerează, totuși, nu un mecanism de competiție sau de inhibiție, ci mai degrabă o cooperare și o complementaritate între cele două. → LATERALIZARE; SPLIT BRAIN; STÂNGĂCIE.

Bibl.: Gazzaniga, M.S., Ledoux, J.E., *The Integrated Mind*, Plenum Press, New York, 1978; Hécaen, H., de Ajuriaguerra, J., *Les gauchers. Dominance cérébrale et prévalence manuelle*, P.U.F., Paris, 1963, nouv. éd. 1989; Hécaen, H., *La dominance cérébrale: une anthologie*, Houston, La Haye, 1978.

DOPAMINĂ (engl. *dopamine*). **Neuromediator chimic, derivat al tirozinei și care aparține grupei catecolaminelor.**

Pusă în evidență în 1957 de A. J. Weil, A. Malherbe și H. Bone, dopamina nu a fost la început considerată decât ca un intermediar metabolic pe calea de sinteză cerebrală a noradrenalinei. Datorită cercetărilor echipei lui Carlson în Suedia, în preajma anilor '60, dopamina a devenit un neuromediator integral, unul dintre cei mai studiați ai sistemului nervos central. Treptat, s-a putut stabili metabolismul acesteia, distribuția sa în sistemul nervos central și localizarea căilor sale. În paralel, a fost luată în considerare demonstrarea implicării sale în boala Parkinson și rolul jucat în mecanismul de acțiune al neurolepticelor. Mai recent, studiile s-au referit la caracterizarea receptorilor dopaminergici și la reglarea lor, ca și la interacțiunile dintre dopamină și ceilalți mediatori ai creierului.

Dopamina aflată la nivel cerebral trebuie să fie formată la fața locului. Precursorii sintezei sale, tirozina și, în mod secundar, fenilalanina, de proveniență alimentară, ajung la creier prin bariera hemato-encefalică. Prima etapă a sintezei dopaminei conduce la formarea dixidroxifenilalaninei (dopa), pornind de la tirozină, prin intermediul tirozinhidroxilazei. Dopa este apoi decarboxilată în dopamină datorită acțiunii unei a doua enzime, dopadecarboxilaza. În cazul unor neuroni dopaminergici, biosinteza se oprește la această etapă după decarboxilare. În ceilalți neuroni catecolaminergici, dopamina este hidroxilată în noradrenalină, sub acțiunea unei enzime specifice, dopamin-B-hidroxilaza. Dopamina, o dată eliberată în fanta sinaptică, va stimula receptorii situați pe versanții pre- și postsinaptici ai membranelor neuronale. După ce și-a atins ținta, dopamina este inactivată în mai multe moduri posibile. Este degradată pe cale enzimatică fie în interiorul neuronului, prin monoaminoxidază (M.A.O.), fie în spațiul extracelular, prin catecol-o-metiltransferază (C.O.M.T.), produsul de degradare al dopaminei fiind acidul homovanilic (HVA). Un alt proces de inactivare trece prin recaptarea dopaminei la nivelul terminației, datorită unui mecanism de transport activ.

Pe planul localizărilor anatomice, studiile de histofluorescență au revelat regiuni bogate în terminații dopaminergice. Corpii celulari care corespund acestor terminații sunt în principal regrupați în mezencefal. Se descriu actualmente, în cadrul sistemului nervos central, patru mari centri dopaminergici. *Sistemul nigrostriat*, cantitativ cel mai important, ai cărui corpi celulari, situați în substanța neagră, se

proiectează în nucleul caudat, putamen și globus pallidus. *Sistemul mezo-cortical*, ale cărui fibre se proiectează în ariile corticale asociate cu sistemul limbic. *Sistemul mezo-limbic*, de origine mai difuză, care inervează septul, nucleul accumbens, amigdala și tuberculul olfactiv. *Sistemul tubero-infundibular*, localizat la baza hipotalamusului, care inervează hipofiza.

Pe plan funcțional, dopamina este implicată în circuite neuronale care controlează declanșarea și executarea mișcărilor voluntare și ajustările posturale care le sunt asociate. Ea intervine, de asemenea, în geneza de comportamente mai complexe cu componentă emoțională. Astfel, neurolepticele care blochează receptorii dopaminergici, pe lângă acțiunea lor antipsihotică, provoacă tulburări neurologice de tip parkinsonian.

Acțiunea acestor droguri sugerează că dopamina participă la geneza unor tulburări în sfera senzorimotorie, ilustrate în boala Parkinson, și a unor tulburări de ordin afectiv, care ating sfera psihică și ale căror sindroame se întâlnesc în schizofrenie, în unele forme de depresie și manii. Această distincție este arbitrară, deoarece găsim adesea tulburări de dispoziție la parkinsonian, iar depresivii sau schizofrenicii suferă de o anumită akinezie. Studiile recente tind să arate că dopamina joacă un rol preponderent în geneza acestor sindroame.

În ceea ce privește tulburările motorii, este verosimil că sistemul nigro-striat are rolul cel mai important, în timp ce în domeniul afectiv, deși au fost avansate numeroase ipoteze, s-a putut arăta importanța sistemelor mezo-limbic și mezo-cortical.

DROG (engl. *drug* sau *addictive drug*). **Substanță care, introdusă în organismul uman, poate modifica una sau mai multe dintre funcțiile sale. Mai precis, termenul desemnează substanțe psihotrope susceptibile de a genera o dependență, fiind deci toximanogene.**

Actualmente, termenul desemnează substanțe interzise utilizate de toxicomani. Pentru medici, orice psihotrop este de fapt un drog potențial, chiar dacă produsele nu au aceeași putere de a da loc dependențe. Definițiile și clasificările drogurilor depind deci atât de istorie și de cultură, cât determină legile, cât și de un adevăr farmacologic.

CLASIFICAREA SUBSTANȚELOR PSIHOTROPE. Prima clasificare sistematică a substanțelor psihoactive este aceea a farmacologului german L. Lewin (*Phantastica*, 1924). Această clasificare distinge cinci grupe de produse, după efectele căutate de utilizatori: 1) *euphorica* (care produc liniștea interioară și un sentiment de bună ființare), cuprinzând îndeosebi opiaceele; Lewin adăuga aici coca și cocaina (care azi ar fi clasificate mai degrabă ca excitanți); 2) *phantastica*, care corespund halucinogenelor (peyotl, datura, Lewin adăugând canabisul și derivatele sale); 3) *inebriantia*, care produc beția: alcool, eter; 4) *hypnotica*, care provoacă somn; la vremea lui Lewin, acestea erau cloralul, bromura, kawakawa și veronalul; astăzi li se adaugă nu numai toate barbituricele, ci și tranchilizantele și somniferele în totalitatea lor (este de notat că *inebriantia* și *hypnotica* sunt două categorii care se regrupează: alcoolul te poate adormi și există o beție barbiturică); 5) *excitantia*, care reprezintă stimulentele: cafea, kat etc., la care se adaugă azi amfetaminele și cocaina.

Clasificarea în vigoare astăzi în mediile psihiatrice este aceea a lui J. Delay și P. Deniker (1957). Este compusă din trei grupe:

1) *psiholepticele*, care diminuează activitatea psihică; se includ aici neurolepticele cu efect antidelirant, utilizate în psihoze (tranchilizante majore), tranchilizantele, sedativele și anxioliticele și hipnoticele (somnifere, barbiturice sau nu);

2) *psihoanalepticele*, care stimulează activitatea psihică; includ nooanalepticele, care stimulează vigilitatea (cafea, amfetamine) și timoanalepticele, care au un efect pozitiv asupra dispoziției; acestea din urmă sunt antidepresive;

3) *psihodislepticele*, care corespund halucinogenelor și canabisului (*phantastica* ale lui Lewin), iar pentru unii stupefiantelor, precum și alcoolului (*euphorica* și *inebriantia* ale lui Lewin).

Comparația între aceste două clasificări este bogată în învățăminte: pentru Lewin nu există nici o deosebire între drog și medicament. Clasificarea lui Delay este contemporană cu marea revoluție psihofarmacologică din anii '50. Este o clasificare operatorie a medicamentelor psihiatrice, grupa psihodislepticelor permițând înscrierea unor substanțe socotite mai degrabă nocive decât terapeutice.

DROGURI LICITE ȘI DROGURI ILICITE

Droguri ilicite. După reuniunea convențiilor internaționale asupra opiului, la începutul secolului, multe țări au stabilit un control foarte strict al distribuirii anumitor psihotrope. În Statele Unite s-a promulgat Harrison Narcotic Act, în 1914, în Franța legea din 1916 asupra stupefiantelor. Pe când odinioară nu exista decât o lege care interzicea otrăvirea semenului, acum schimbul și folosința în societate a acestor produse deveneau interzise. Folosirea rezervată prescripției medicale a permis să se distingă în Franța trei tipuri de substanțe „veninoase", după gradul lor de periculozitate: *stupefiantele* extrem de controlate (grupate în tabloul B, cu rețete limitate la 7 zile, pe bază de chitanțe privind proveniența); *toxicele* (tabloul A, cu rețete nerepetabile); *substanțele periculoase* (tabloul C, pe bază de rețetă).

Pe plan internațional, Convenția unică din 1961, semnată de numeroase țări, definește o listă de *stupefiante* clasificate în patru grupe. Se găsesc aici mai ales opiaceele, derivații coca și canabisul, precum și produși de sinteză apropiați de opiacee. Convenția de la Viena din 1971, definește un anumit număr de *psihotrope* supuse controlului: halucinogene, amfetaminice, barbiturice sau alte hipnotice.

Drogurile ilicite, extrem de controlate, sunt obiectul unui trafic clandestin: cea mai utilizată în Franța, din anii '70, este heroina. Cocaina este actualmente principalul drog în Statele Unite. Voga amfetaminelor, ca și aceea a halucinogenelor, pare a se estompa.

Droguri licite. Există mai multe categorii de droguri licite:

– *droguri recreative*, tolerate de lege, în pofida acțiunii lor psihotrope, a capacității lor de a genera dependență și, în unele cazuri, efecte vătămătoare pentru indivizi și societate; cel mai bun exemplu în această privință este alcoolul; dar în această grupă trebuie să intre cafeaua, ceaiul și mai ales tutunul;

– *medicamente psihotrope*, susceptibile de a fi deturnate de la folosirea în scopuri

toxicomane: dacă abuzurile de opiacee medicamentoase sunt bine cunoscute, ele pot atinge aproape toate clasele de psihotrope (tranchilizante, hipnotice, anorexigene amfetaminice, mai rar antidepresorii, chiar neurolepticele);

– *substanțe* a căror folosire este legală, dar din rațiuni independente de efectul lor psihotrop: solvenții, chiar benzina de automobil.

DROGURI DURE ȘI DROGURI MODERATE. Drogurile dure ar genera rapid toxicomanii grave, pe când drogurile moderate ar fi mai apte pentru o utilizare recreativă, ocazională sau regulată, fără consecințe personale și sociale grave. O asemenea distincție corespunde unei anumite realități: heroina sau cocaina sunt mult mai nocive decât canabisul. Este de notat că aceste grupe nu corespund nici clasificărilor farmacologice, nici clasificărilor legale și că nu avem vreun criteriu obiectiv de clasificare a substanțelor.

Coca nu poate fi căutuși de puțin considerată un drog dur, spre deosebire de substanțele care sunt extrase din ea: cocaina de bază, clorhidrantul de cocaină, „crack"-ul, tot atâtea „droguri dure", în pofida absenței dependenței fizice. La fel, opiul este mult mai puțin nociv decât morfina sau heroina. Substanțe din aceeași grupă farmacologică pot deci deveni „droguri dure" pur și simplu din cauza concentrației principiului activ și a modului de utilizare diferit.

Barbituricele și amfetaminele, prescrise medical, constituie droguri dure, fără îndoială mai periculoase decât canabisul care, legal, este considerat un stupefiant major.

Cazul alcoolului și al tutunului arată că nici posibilitatea unei dependențe fizice grave și nici repercusiunile pentru sănătate sau societate nu sunt de ajuns spre a f dintr-o substanță un „drog dur" recunos legal: mai mult decât interdicția pură, soc tatea încearcă în aceste cazuri să limite folosirea și mai ales consecințele nociv pentru ceilalți (interdicția alcoolului volan, a fumatului în locurile publice etc.

După T. Szasz, numeroși autori critic caracterul arbitrar al legilor care au pus index substanțe exotice, străine (opi sau canabisul), tolerând însă producții mai familiare (alcoolul, tutunul, medic mentele). Controlul prin prescripție medi cală este de asemenea pus în discuție într epocă în care psihotropele tind să devin medicamente de confort și nu în mod ne cesar destinate tratamentului unor maladii.

Dificultatea de a defini drogurile în mod clar se conjugă cu complexitatea toxicomaniei, entitate în care efectul produsului are un rol important, însă nu determinant.

Bibl.: Caballero, F., *Droit de la drogue*, Dalloz, Paris, 1989); Deniker, P., *Psychofarmacologie*, coll. Ellipses, Paris, 1987; Lewin, L., *Phantastica* (1924), trad.fr., Payot, Paris, 1977; Olivienstein, O., *La drogue*, Éditions universitaires, Paris, 1970; Szasz, T., *Les rituels de la drogue* (1974), trad.fr., Payot, Paris, 1976; Varenne, G., *L'abus des drogues*, Dessart, Bruxelles, 1971.

DSM sau **MANUAL DIAGNOSTIC ȘI STATISTIC AL TULBURĂRILOR MENTALE** (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Manual propus în Statele Unite de către Asociația americană de psihiatrie pentru a se stabili un diagnostic psihiatric după examinarea unui bolnav mintal, făcând referire la o clasificare a sindroamelor (și maladiilor) care a evoluat profund din 1952, când apărea DSM-I, până în 1987, anul de apariție a formei revizuite a celui de al treilea DSM (DSM-III R).

DSM-I, din 1952, care era foarte influențat de teoriile lui A. Meyer, lider pe atunci necontestat al psihiatriei nord-americane, se baza pe o clasificare în care maladiile mentale erau concepute, în perspectiva meyeriană, ca reacții la factori biologici, psihologici sau sociali. Câțiva ani mai târziu noțiunea de reacție iese din uz în Statele Unite, iar DSM-II, din 1968, reține o clasificare destul de apropiată de aceea utilizată atunci de Organizația Mondială a Sănătății (C.I.M. 8: a 8-a Clasificare internațională a maladiilor), cuprinzând zece categorii principale de maladii: arierație mentală, sindroame organice cerebrale, psihoze care nu pot fi atribuite direct unei leziuni organice (îndeosebi schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă), nevroze, tulburări de personalitate, tulburări mentale psihofiziologice, sindroame specifice ale copilăriei, afecțiuni tranzitorii și reacționale, comportamente psihopatice și, în sfârșit, stări de inadaptare socioafectivă fără tulburare psihiatrică manifestă (unde se regăsea, îndeosebi, homosexualitatea).

Criticat foarte curând, deoarece se baza pe noțiunea de maladie mentală care postula existența unor entități morbide definite (ca în medicina organică) printr-o etiologie și o patogenie care rămâneau mereu discutabile în psihiatrie, DSM-II cedează locul, în 1980, unui DSM-III care se dorește „ateoretic".

Acesta din urmă se bazează exclusiv pe descrierea de simptome și de tulburări de comportament care se pot doar regrupa în „constelații de simptome asociate în natură cu o frecvență mai mare decât ar avea-o o distribuție făcută la întâmplare" (P. Pichot și J.D. Guelfi). Pe când primele două DSM nu au fost utilizate decât în Statele Unite, DSM-III, publicat cu un mare tapaj publicitar, a trecut Atlanticul și cunoaște un mare succes în Europa. El este tradus în franceză în 1983 și larg utilizat aici, în pofida criticilor numeroase care îi sunt adresate. Dar el sosește în Franța într-un moment în care marile ideologii psihopatogenice și-au pierdut vigoarea, atât în ceea ce privește psihogeneza (cu psihanaliza, care nu a îndreptățit toate speranțele puse în ea, în special în tratamentul psihozelor), cât și în ceea ce privește sociogeneza (unde antipsihanaliza s-a năruit în utopie) sau organogeneza (unde psihiatria biologică și psihofarmacologia, după perioada triumfală care a succedat descoperirii neurolepticelor și antidepresorilor, bat pasul pe loc). Abordarea ferm „ateoretică" a DSM-III, cu refuzul său de a utiliza criterii etiologice și fiziopatologice care îl conduc până la suprimarea termenului *nevroză*, care trimite prea mult la o cauzalitate psihoafectivă, a sedus pe mulți psihiatri dezgustați de toate certurile referitoare la etiologia tulburărilor mentale. Acest manual se apropie de asemenea de *scările de evaluare* (engl. *rating scales*) care au permis dezvoltarea unei psihopatologii cantitative teoretic debarasate de orice subiectivism și îngăduind o măsurare mai obiectivă a efectelor diverselor terapeutici.

El adoptă și o evaluare multiaxială unde, după axa I, rezervată simptomelor clinice și tulburărilor de comportament, o axă II regrupează tulburările personalității sibiacente și tulburările specifice dezvoltării. Apoi o axă III corespunde afecțiunilor și tulburărilor fizice concomitente. În sfârșit, ultimele două axe sunt „utilizabile în protocoale speciale de studii clinice și de cercetări", furnizând o informație care

completează diagnosticele din primele trei: axa IV pentru a preciza severitatea factorilor de stres psihosiciali și axa V pentru a indica nivelul de adaptare și de funcționare cel mai ridicat atins în anul precedent apariției tulburărilor mentale.

Clasificarea acestora se dezvoltă în categorii diagnostice majore, fiecare având un cod de trei cifre, care se poate completa cu alte două cifre necesare distingerii formelor clinice. Principalele sunt, succesiv, pentru patologia mentală a adulților:

– tulburări mentale organice;
– tulburări legate de utilizarea de substanțe toxice;
– tulburări schizofrenice;
– tulburări paranoice și tulburări psihotice neclasificate altfel;
– tulburări afective (tulburări timice);
– tulburări anxioase;
– tulburări somatoforme;
– tulburări disociative;
– tulburări psihosexuale;
– tulburări factice (simulări);
– tulburări ale controlului impulsiilor;
– tulburări ale adaptării;
– tulburări ale personalității (personalități patologice).

Îndepărtându-se mult de clasificarea internațională a maladiilor mentale (C.I.M. 9), DSM-III făcea dificile unele anchete epidemiologice în care era utilizat, în concurență cu C.I.M. 9, pe plan mondial. Iată de ce, foarte rapid, „au fost făcute eforturi spre a favoriza o convergență" (P. Pichot). S-a părut prea lungă așteptarea anului 1992, când trebuia să apară un DSM-IV, ca rezultat al acestei apropieri. De aceea, în 1987, a fost publicată o revizuire a DSM-III, sub numele de DSM-III R. Într-adevăr, în acesta este de notat o anumită europenizare în apariția unor „tulburări de dispoziție timice" (în loc de adjectiv „afective"), o descriere mai clasică a schizofreniei, care este mai bine diferențiată de delirurile cronice nondisociative, o apreciere mai precisă a sindroamelor schizoafective. Este de asemenea de remarcat apariția unor noi categorii experimentale, cum sunt „tulburarea disforică a fazei luteale tardive", care corespunde sindromului nostru premenstrual, personalitatea cu conduită de eșec și personalitatea sadică. Cât privește homosexualitatea, ea pare să fi dispărut cu totul din manual, cum s-a cerut de multă vreme.

Problema care se pune azi este aceea de a ști dacă se va dispune de timp pentru a cunoaște bine și a utiliza în mod normal, pe măsura importanței sale, revizuirea lui DSM-III, zis „R", înainte de a fi publicat, la data anunțată, DSM-IV. Problema se pune tocmai pentru că știm sigur că studiile pe teren, care trebuie să testeze această revizuire și care trebuie să fie luate în seamă, în caz de nevoie, nu vor fi terminate la data apariției adevăratului succesor al lui DSM-III.

Bibl.: American Psychiatric Association, DSM-III R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1987), trad.fr. *DSM-III R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1989; Pichot, P. et coll., *DSM-III et psychiatrie française*, Masson, Paris, 1984.

DUBLĂ LEGĂTURĂ (engl. *double bind*). **Situație în care un partener emite simultan două mesaje contradictorii.**

Conceptul de dublă legătură (sau *double bind*, tradus uneori prin „dublă constrângere") a fost degajat în 1956 prin studierea sistematică a familiilor de schizofreni, efectuată de grupul de cercetări de la Palo Alto*, reunit în jurul lui G. Bateson, ca și în jurul lui D.D. Jackson, J. Haley și J.H. Weakland. Conceptul servește la definirea rețelei anormale de comunicare ce caracterizează aceste familii și căreia Bateson îi recunoaște un rol eminamente patogen.

Caracteristicile generale ale situației de dublă legătură sunt următoarele:

– importanța vitală a situației pentru unul dintre parteneri, fiind necesar pentru el de a răspunde în mod adecvat, deci de a descifra cu precizie mesajul care i se adresează;

– emisiunea pentru celălalt partener a două mesaje contradictorii; de exemplu, o mamă evită contactele fizice cu copilul ei, are gesturi repezite sau se crispează când se ocupă de el, ceea ce, în mod obișnuit, înseamnă ostilitate; extrem de culpabilizată, ea dă dovadă, în mod ostentativ, de o mare afecțiune: devotament extrem, hiperactivitate educativă, care neagă explicit acea agresivitate;

– incapacitate pentru receptor de a discerne căruia dintre cele două mesaje trebuie să-i răspundă și absența unui al treilea care i-ar permite să clarifice situația. Astfel, în exemplul ales, în cazul în care copilul descifrează sensul „afecțiune", el răspunde apropiindu-se fizic de mama sa — ceea ce este periculos pentru ea; deci îl pedepsește. Dacă, dimpotrivă, el interpretează mesajul în sensul „ostilitate", se îndepărtează de ea, ceea ce o culpabilizează, așa încât îl pedepsește.

Copilul este deci prins într-o situație de dublă legătură și singurul răspuns pe care l-ar putea da este o anulare a valorii simbolice a metacomunicării, ceea ce, în general, este considerat ca psihotic, deoarece acea anulare antrenează dificultăți în a distinge metafora de sensul literal sau de a atribui un mod de transmisie corect mesajelor nonverbale pe care el le emite („discordanțele mimice" ale psihiatriei clasice).

Grupul de cercetători de la Palo Alto propune o teorie a schizofreniei în care schizofrenicul este descris ca incapabil de a atribui nivelul de comunicare adecvat propriilor sale mesaje, ca și acelora ale celorlalți. Schizofrenia este în acest caz considerată drept consecința acestui tip de interacțiuni familiale disfuncționale.

Considerată inițial ca etiologie a schizofreniei, dubla legătură a fost mai târziu socotită un factor etiologic printre alții, ba chiar un factor aspecific. În 1963, Bateson și colaboratorii cred că dubla legătură trebuie concepută nu în termenii unui „călău" și a victimei sale, ci în termenii unor persoane prinse într-un sistem permanent care produce definiții conflictuale ale relației. Ei au mai emis și ipoteza că schizofrenicul „trebuie să trăiască într-un univers în care suita faptelor este în așa fel încât modurile de comunicare care îi sunt proprii și care ies din comun pot fi considerate, într-un sens, ca adecvate". Acești autori trec astfel de la schizofrenia ca „boală intrapsihică a individului" la schizofrenia ca „ansamblu de conduite care se integrează în interacțiunile și regulile jocului familial".

DURERE MORALĂ (engl. *psychic pain, moral grief*). **Sentiment prelungit de dificultate și de suferință mentală.**

În opoziție cu durerea de origine fizică sau somatică, durerea morală rămâne exclusiv psihică, nu se asociază cu senzații grave de indispoziție fizică și se atașează în general la stări de anxietate* și de depresie*.

Cu prilejul unui doliu, al unei rupturi, al unei despărțiri, oricine poate simți o

asemenea suferință. Viața actuală este în acest caz trăită cu tristețe, viitorul este luat în considerare cu pesimism, iar trecutul, cu evocarea obiectului dispărut, este retrăit în mod predominant prin gânduri și reprezentări imaginare ale celui care se consideră abandonat. Întregul prezent este suportat pasiv, fără interes, fără vreo investire, iar activitățile cotidiene și profesionale sunt continuate cu indiferență și adesea încetinite.

La subiectul normal această durere a atenuează după câteva săptămâni, după c travaliul doliului s-a terminat în mod firesc Numai subiecții predispuși cad într-o veri tabilă depresie melancolică, fără ca l început să fie întotdeauna posibilă distin gerea reacției normale de starea patologică S. Freud a arătat bine în *Doliu și melancoli* (1915) analogia dintre aceste două stări pentru a explica psihopatogeneza celei d a doua.

E

ECHIPĂ TEHNICĂ (engl. *technical team*). **Formație compusă din specialiști, însărcinată să instruiască dosarele persoanelor handicapate înainte ca acestea să fie prezentate comisiei departamentale de educație specială sau de orientare tehnică și de reclasare profesională.**

Legea din 30 iunie 1975, de orientare în favoarea persoanelor handicapate, a instaurat în fiecare departament, pentru adulți, o comisie de orientare tehnică și de reclasare profesională (COTOREP). Această comisie este competentă îndeosebi să atribuie calitatea de muncitor handicapat, să orienteze, să readapteze și să reclaseze aceste persoane; ea este de asemenea competentă să atribuie anumite alocații. Înainte ca fiecare dosar să fie prezentat acestei comisii, el este instruit de o echipă tehnică formată din patru medici, doi psihologi, o asistentă socială și un prospector plasator din partea A.N.P.E. Această echipă apreciază capacitățile de muncă, luarea în întreținere, trebuințele de ajutoare terapeutice și financiare, definind posibilitățile de inserție profesională și socială, mijloacele și limitele acesteia. Pentru fiecare caz, un membru al comisiei raportează în fața comisiei, singura care decide.

Aceeași lege din 1975 a instaurat, pentru copii și adolescenți, o comisie departamentală de educație specială (C.D.E.S.). Această comisie este competentă îndeosebi să desemneze stabilimentele sau serviciile care distribuie sau nu educația specială, corespunzător trebuințelor celui în cauză și în măsură să beneficieze de ele; ea este, de asemenea, competentă să atribuie anumite alocații. Înainte ca fiecare dosar să ajungă la această comisie, el este instruit de o echipă tehnică formată din doi medici, un cadru didactic, un educator și o asistentă socială. Echipa ia contact cu familia sau cu persoanele care îl întrețin efectiv pe copil sau pe adolescent. Echipa poate, dacă crede că este necesar, să consulte specialiști din afara ei și să procedeze, dacă este cazul, la toate investigațiile complementare. Pentru fiecare dosar, un membru al echipei prezintă sinteza cercetărilor în fața comisiei, singura care decide.

ECMNEZIE (engl. *ecmnesia*). **Tulburare de memorie caracterizată printr-o reviviscență excesivă a unor evenimente**

vechi, asociată frecvent cu un deficit al memoriei de fixare.

Crizele ecmnezice se pot întâlni în isterie (A. Pitres) și în cursul stărilor hipnotice. Se întâlnește, de asemenea, în psihoza Korsakov, iar uneori în faza de stare a unor demențe tardive, caz în care evocarea de amintiri vechi, cu o mare încărcătură emoțională, invadează trăirile actuale ale subiectului, veritabilă irupție a trecutului, într-un mod cvasihalucinator. Același fenomen îl vom regăsi în unele intoxicări care modifică profund starea de conștiință a subiectului, ca în intoxicarea cu acid lisergic (L.S.D.).

ECOLALIE (engl. *echolalia, echophrasia*). **Repetare involuntară și lipsită de sens, de către un bolnav, a ultimelor cuvinte pe care le aude.**

Acest limbaj „în ecou" este frecvent la arieratii mintali, la demenți și la unii schizofrenici (mai ales la hebefrenocatatonici).

ECOSISTEM (engl. *ecosystem*). **În psihiatrie, ansamblu relațional în care se consideră că interacțiunile între persoane au loc după modalități circulare.**

Din acest punct de vedere, o cauză bine stabilită nu determină un efect identificabil, deoarece acest efect, la rându-i, reacționează asupra cauzei, care, ea însăși astfel modificată, reacționează asupra efectului etc. Într-o familie, de exemplu, apariția de simptome psihiatrice nu poate fi analizată ca fiind cauza sau consecința unei persoane sau a unui fapt particular. Aceste tulburări sunt considerate ca integrându-se într-un ansamblu de comportamente umane care le-au generat, în măsura în care le și modifică la rândul lor etc. În felul acesta, abordarea ecosistemică nu ne permite să înțelegem simptomele decât în măsura în care sunt resituate în contextul lor de apariție și de evoluție.

Adoptând o astfel de grilă de lectură a realității, terapeuții trebuie, în principiu, să abordeze patologia în contextul grupului în care ea se articulează în modul cel mai pregnant (familia, școala, instituția sanitară sau socială etc.). În psihiatrie, mediul natural cel mai adesea implicit este familia nucleară a pacientului. Tocmai cu acest grup terapeuții vor practica dialoguri regulate, ansamblul căpătând în acest caz numele de terapie familială*.

ECOUL GÂNDIRII (engl. *echo of thought*). **Tulburare psihosenzorială acustico-verbală care produce impresia auzirii propriei gândiri, înainte, pe parcursul sau după formularea acesteia.**

Acest fenomen halucinator se asociază adesea cu sentimentul de a nu mai fi stăpânul propriei activități psihice, de a suferi o acțiune din exterior (xenopatie) și de a i se ghici gândurile. Face parte dintr-un mare automatism mental, numit și „sindromul Clérambault". → AUTOMATISM MENTAL.

EDUCAȚIE SPECIALĂ (engl. *special education*). **Educație destinată persoanelor care nu reușesc sau, pe cât se pare, nu vor reuși, în cadrul învățământului obișnuit, să atingă nivelurile educativ, social etc. corespunzătoare vârstei lor.**

Beneficiarii acțiunilor de educație specială și de reeducare sunt tinerii handicapați. Legea din 30 iunie 1975, în favoarea persoanelor handicapate, a fixat noi orientări. În al său articol 4, ea dispune că educația specială asociază acțiuni pedagogice, psihologice, sociale, medicale și paramedicale; ea este asigurată fie în stabilimente obișnuite, fie în stabilimente sau servicii specializate. Educația specială poate fi întreprinsă înaintea vârstei școlarității obligatorii, fiind continuată în timpul acesteia și ulterior.

Această lege a creat în fiecare departament o comisie departamentală de educație specială (C.D.E.S.), dotată cu competențe: în ceea ce privește orientarea copilului handicapat în mediul obișnuit, în stabiliment sau în serviciul de educație specială; în atribuirea alocației de educație specială și eventualul ei complement, dacă sunt reunite criteriile necesare.

Legea din 1975 nu recunoaște decât handicapurile fizice, senzoriale și mentale, cu excluderea handicapului social sau pur medical. Nu sunt recunoscuți ca tineri handicapați decât copiii în vârstă de mai puțin de 20 de ani, cărora C.D.E.S. le acordă un procentaj de incapacitate permanentă de cel puțin 50%. Stabilimentele de educație socială sunt numeroase și variate.

Centrele de acțiune medico-socială precoce au drept scop depistarea și tratamentul, în ambulatoriu, a copiilor în vârstă de cel puțin 6 ani. Centrele medico-psihopedagogice efectuează consultații, în vederea stabilirii diagnosticului și terapeuticii, pentru copiii inadaptați mental; în aceste structuri, ca și în precedentele, echipele sunt pluridisciplinare (psihiatri, psihologi, ortofoniști, psihomotricieni, asistente sociale). Clasele de adaptare primesc în mediul școlar obișnuit copiii nondebili cu tulburări de comportament care îi conduc la eșec școlar. Secțiile de educație specializată, anexate colegiilor de învățământ secundar, primesc debilii cu formă ușoară, în vârstă de la 12 la 17 ani. Clasele de perfecționare, anexate școlilor elementare, primesc copii în vârstă de 6–13 ani, care prezintă un deficit intelectual. Institutele medico-pedagogice primesc copii în vârstă de 6–16 ani, oferindu-le un învățământ general, precum și o formație gestuală. Institutele medico-profesionale trebuie considerate stabilimente din lanțul structurilor precedente; cei interesați primesc aici o formație profesională adaptată handicapului lor. Ultimele două categorii de stabilimente se numesc institute medico-educative; ele funcționează în regim de externat sau de internat.

Bibl.: Cervoni, A., Charbit, C., *La pédagogie dans les institutions thérapeutiques*, P.U.F., Paris, 1986; Lambert, J. L., *Enseignement spécial et handicap mental*, Mardaga, Bruxelles, Liège, 1981; Lefevre, L., Delchet, R., *L'éducation des enfants et des adolescents handicapés*, E.S.F., Paris, 1970, nouv. éd. 1977.

ELECTROENCEFALOGRAFIE (engl. *electroencephalography*). **Tehnică de explorare a activității electrice a creierului, prin înregistrarea și amplificarea variațiilor potențialelor electrice recoltate de la suprafața scalpului.**

În 1924, H. Berger a reușit să înregistreze activitatea electrică a creierului omului. Tehnica utilizată constă în plasarea pe scalp a unui număr de electrozi (în general 21), în poziții precise, simetrice de ambele părți ale capului și echidistante. Electrozii sunt menținuți cu ajutorul unei căști, în cazul unor înregistrări de scurtă durată, sau cu un adeziv special, în cazul înregistrărilor de noapte. Ei sunt conectați la un dispozitiv de amplificare care permite vizualizarea cu peniță pe un sul de hârtie care se derulează cu o viteză constantă a variațiilor de potențial dintre doi electrozi.

Electroencefalografia a făcut în ultimii ani mari progrese în elaborarea instrumentelor de analiză a activităților electroencefalografice (analize spectrale, cartografie

E.E.G. cuantificată etc.). Utilizarea sa oferă informații atât asupra funcționării normale a populațiilor de neuroni, în funcție de diferitele stări de vigilitate, cât și asupra disfuncțiilor sistemului nervos central datorate unor traumatisme, leziuni, tumori... Este examenul de referință în diagnosticarea epilepsiei și este indispensabilă pentru diagnosticarea morții cerebrale. În sfârșit, electroencefalografia este larg utilizată în examenul poligrafic, pentru explorarea tuturor tulburărilor de somn și a patologiilor legate de acesta.

ELECTROȘOC (engl. *electroshock*). **Metodă de tratament a tulburărilor mentale, prin aplicarea pe encefal a unui curent electric care induce o criză de epilepsie generalizată. Acest termen, care are o conotație extrem de negativă, tinde a fi înlocuit cu acela de *sismoterapie* sau *electroconvulsivoterapie (E.C.T.)*.**

ISTORIC. Apariția în psihiatrie a tehnicilor zise „de șoc" datează de la începutul secolului: impaludarea în 1917 (von Jauregg), cura insulinică în 1932 (Sakel), șocul cu cardiazol în 1936 (von Meduna). În această suită a apărut electrașocul. Dar literatura medicală raportează, încă de la începutul secolului al XIX-lea, cazuri izolate de modificări ale psihismului ca urmare a unor crize convulsive provocate, uneori în mod accidental, prin curenți electrici. Aldini, un nepot al lui Galvani, tratează, în 1804, o melancolie exact ca Babinski cu un secol mai târziu(1903). În 1898, Leduc constată, la câini, apoi prin autoexperimentare, inducția prin curent electric a unei stări de somn prelungite. El are în vedere o folosire terapeutică, dar metoda sa se dovedește periculoasă.

Adevărații inventatori ai electrașocului sunt U. Cerletti și L. Bini. Inspirându-se din șocurile cu cardiazol și doritori să suprime efectele indezirabile ale acestui produs, ei au ideea utilizării curentului electric. Prezintă metoda la Academia din Roma, în 1938. În Franța ea va fi introdusă de J. Rondapierre, care, în colaborare cu M. Lapipe, va pune la punct un aparat utilizat și azi (sismoterul).

TEHNICA ACTUALĂ. Ea include, în raport cu practica inițială, două ameliorări esențiale: curarizarea și anestezia. Ideea de a paraliza tranzitoriu mușchii printr-o curară, pentru a suprima traumatismele osteo-articulare legate de convulsii, a apărut din 1940. A trebuit însă să se aștepte apariția curarizantelor de sinteză, cu o foarte scurtă durată de acțiune (2–3 min.), pentru ca această tehnică să poată fi utilizată fără risc. Anestezia generală, puțin profundă și de scurtă durată (5 min.), permite limitarea angoasei.

Curentul utilizat variază între 80 și 150 volți, timp de 0,1–1 sec., imperativă fiind declanșarea unei crize de epilepsie. Numărul și ritmul ședințelor variază de la un autor la altul și după maladia tratată; de cele mai multe ori sunt între 8 și 12, câte trei pe săptămână.

INDICAȚII. Ele au fost, desigur, reduse o dată cu apariția chimioterapiilor, dar nu se limitează la eșecul acestora, după cum nici nu reprezintă soluția sistematică în aceste cazuri.

Indicația majoră a electrașocului este melancolia, în care păstrează o superioritate față de toate celelalte tratamente. Rapiditatea sa de acțiune (spre deosebire de medicamentele antidepresive, care au o perioadă de acțiune de 10–15 zile) îl face

deosebit de util în caz de urgență, adică dacă riscul suicidar este important, sau în caz de stupoare melancolică. De altfel, formele delirante de melancolie răspund în mod privilegiat la electrașocuri, pe când celelalte tratamente sunt relativ ineficiente. În sfârșit, electrașocurile sunt utilizate în cazul în care antidepresorii sunt ineficaci sau contraindicați.

În alte indicații, electrașocul este un tratament secundar, în cazul eșuării sau imposibilității aplicării unor terapeutici clasice: este vorba îndeosebi de stări maniacale, accese delirante acute (mai ales psihozele puerperale), episoade catatonice în cadrul unei schizofrenii, chiar anorexie mentală (în caz de pericol vital).

Electrașocul rămâne un tratament privilegiat în două situații deosebite în care el ar fi tratamentul cel mai puțin periculos: în timpul gravidității, când toate medicamentele sunt potențial teratogene, și la persoane în vârstă care nu tolerează medicamentele.

În sfârșit, o bună utilizare a electrașocului trebuie să respecte contraindicațiile incontestabile (de exemplu, nevrozele și delirurile paranoice) și trebuie să integreze acest tratament într-o abordare globală a pacientului.

INCONVENIENTE. Accidentele sunt rare, dacă se respectă contraindicațiile, care sunt îndeosebi cardiace și neurologice, în afară de cele legate de anestezie. Efectele indezirabile sunt dominate de tulburări de memorie. Ele sunt foarte variabile de la un subiect la altul, atât în forma cât și în intensitatea lor. Uneori impresionante în cursul tratamentului, ele regresează total în câteva săptămâni, nelăsând să persiste decât o amnezie lacunară privind durata curei și nefiind deloc corelate cu acțiunea terapeutică. Practica electrașocului unilateral (doi electrozi pe emisfera minoră) a permis limitarea lor, dar ele rămân inconvenientul major al tratamentului.

Existența unor leziuni cerebrale ireversibile rămâne un subiect de controversă și alimentează esențialul criticilor persistente la adresa electrașocurilor. Leziunile nu sunt însă nici dovedite cu certitudine, nici formal dezmințite.

MODUL DE ACȚIUNE. Mecanismul de acțiune biologic rămâne slab cunoscut, ca de altfel toate mecanismele tratamentelor utilizate în psihiatrie. Există peste douăzeci de teorii explicative. La ora actuală, cercetările cele mai avansate privesc neuromediatorii cerebrali. La șobolan s-a demonstrat o creștere a *turn-over*-ului noradrenalinei și serotoninei și o sensibilizare a receptorilor postsinaptici.

La om, dozajele în L.C.R. nu găsesc, în general, o creștere a catabolitilor monoaminelor, dar este cunoscută dificultatea interpretării acestor rezultate globale și indirecte. Pe de altă parte, unii autori fac întotdeauna referire la ipoteza lui J. Delay cu privire la rolul modulator al electrașocurilor asupra structurilor diencefalice responsabile de controlul dispoziției.

Remanierile psihologice induse de electrașocuri au făcut și ele obiectul unor tentative de explicație; unele derivă din teoria disoluției a lui Jackson: ar exista o „disoluție-reconstrucție" a psihismului (Delmas–Marsalet) sau mai degrabă o „dezintegrare–reintegrare" (după Delay).

Psihanaliștii se referă la două mecanisme posibile: regresia și cuplul „a ucide–a reînvia", în care experiența morții trăite ar permite o mobilizare a impulsiei morții într-o formă utilă.

Imaginea peiorativă a electrașocului în opinia publică este, fără îndoială, în mare

parte de origine emoțională: noțiunea de curent electric evocă pericolul, tortura, chiar moartea; ideea de prăbușire a psihismului, de „spălare a creierului". Teama a fost și mai mult accentuată prin reprezentarea sa deosebit de angoasantă în mass-media și în cinematografie.

În mediul psihiatric, dezbaterea, multă vreme marcată de certuri ideologice, pătimașe, pare a reveni în prezent la considerații obiective și senine, care permit optima utilizare a acestui tratament, care rămâne indispensabil.

Bibl.: Boureau, J., *La sismothérapie moderne sous narcose et curarisation*, Douin, Paris, 1980.

EMISFERĂ CEREBELOASĂ (engl. *cerebellar hemisphere*). **Fiecare dintre cele două părți laterale și simetrice ale cerebelului, situate de fiecare parte a vermisului median.**

EMISFERĂ CEREBRALĂ (engl. *cerebral hemisphere*). **Fiecare dintre cele două jumătăți ale creierului, derivate din teleencefal și reunite prin comisurile interemisferice și trunchiul cerebral.**

La om, cele două emisfere cerebrale sunt foarte dezvoltate, acoperind toate celelalte părți ale creierului, în așa fel încât doar cerebelul și trunchiul cerebral rămân vizibile. Emisferele sunt reunite prin comisuri, cea mai importantă dintre acestea fiind corpul calos.→ CORTEX; CREIER; DOMINANȚĂ CEREBRALĂ; LATERALIZARE; LOB CEREBRAL.

EMOȚIE EXPRIMATĂ (engl. *expressed emotion*). **Ansamblu al reacțiilor anturajului familial al unui schizofrenic, în special în momentul întoarcerii acestuia acasă, după un tratament spitalicesc.**

Concept de origine anglo-americană, apărut la sfârșitul anilor '70, EE (acronimul lui *Expressed Emotion*) are o conotație esențialmente negativă, fiind bazată pe luarea în calcul a comentariilor critice și a gradului de dezagrement emoțional al membrilor familiei față de pacient.

Este cunoscut că un prost climat emoțional familial este defavorabil evoluției unei schizofrenii și că poate determina o recidivă, chiar și în condițiile tratamentului neuroleptic. Iată de ce în prezent se fac eforturi de a analiza mai bine EE înainte de reintegrarea unui pacient în familie și de a trata, în cadrul unei terapii preventive, elementele cele mai negative.

ENCEFALOPATIE (engl. *encephalopathy*). **Vast cadru nosologic care grupează toate afecțiunile organice referitoare la creier.**

În mod tradițional, se disting encefalopatii fetale și postnatale, encefalopatii traumatice și encefalopatii infecțioase, virale și toxice. Encefalopatiile hepatice și portocave sunt complicații ale cirozei. În afară de boala Marchiafava–Bignami (necroză a corpului calos, foarte rară), encefalopatiile alcoolice sunt psihoza Korsakov* și boala Gayet–Wernicke*.

ENCOPRESIE (engl. *encopresia*). **Lipsă de control al sfincterului anal la copilul mic, manifestându-se prin defecarea în pantaloni la o vârstă la care dobândirea deprinderii igienice ar trebui, în mod normal, să fie realizată.**

Așadar, această tulburare developmentală poate fi semnalată începând cu vârsta de doi ani. Trebuie să o deosebim de incontinența anală, care se poate întâlni în unele boli neurologice sau demențiale.

Termenul encopresie a fost introdus, în 1926, de J. Weinemberg. Băieții sunt mai frecvent afectați de encopresie decât fetele. Frecvența este mai mică decât pentru enurezie (1,5% dintre copiii de 8 ani).

Unii encopretici nu au dobândit niciodată deprinderi de igienă (*encopresie primară*). Se pare că este vorba cel mai adesea de copii pasivi, cu carențe, prost organizați, într-un mediu familial foarte puțin stimulator. Când encopresia survine după o perioadă de igienă fie și imperfectă, vorbim de *encopresie secundară* (30% din cazuri). Ea este adesea de mică gravitate, trecătoare și poate fi vorba de o reacție la intrarea la grădiniță sau la nașterea unui frățior. Uneori copilul poate reacționa în felul acesta la boala gravă sau la moartea unei rude apropiate. Cercetările cele mai recente asociază encopresia cu retenția de materii fecale. Defecația nu ar surveni decât pentru că mijloacele de retenție ale copilului sunt depășite sau pentru că partea periferică a fecalomului se lichefiază. Encopresia este adesea asociată cu megacolonul funcțional, care este consecința anatomică a constipației precoce. Cercetând familiile de copii encopretici, descoperim o mamă angoasată și obsedată de evacuările intestinale ale copilului ei, temându-se de constipație și utilizând supozitoare și clisme.

Simptomul acesta sfârșește cel mai adesea prin a dispărea. Cu toate acestea, este necesară abordarea globală a conflictelor psihice ale copilului. Aceasta necesită adesea o psihoterapie a copilului și o luare în atenție a părinților. Într-adevăr, evoluția acestor copii arată că frecvent survin tulburări caracteriale, iar uneori o absență de investire intelectuală și școlară (C. Launay și K. Lauzanne).

ENDOGEN (engl. *endogenous* sau *endogenic*). **Care este de origine internă, fără concursul unor influențe ale mediului exterior.**

Opunându-se *exogenului*, acest calificativ desemnează în patologia mentală întregul câmp de cauzalitate care purcede din mediul intern al organismului. Pentru H. Ey, o psihoză este numită „endogenă" atunci când pare să rezulte, „în aspectul ei clinic, dintr-o organizare internă a persoanei. Aceasta înseamnă a pune accentul pe constituția biopsihologică a individului, a spune că structura genotipică pe care se edifică persoana și lumea sa este de o importanță majoră; este a spune că psihoza rezidă esențialmente într-o alterare, dacă nu într-o alienare definitivă a persoanei". E. Kraepelin va abuza de această noțiune patogenică în descrierea celor două mari psihoze, psihoza maniaco-depresivă și demența precoce. Ele sunt pentru dânsul de cauză esențialmente endogenă, ceea ce justifică pesimismul său în ceea ce privește pronosticul și reținerea sa terapeutică. H. Tellembach, în studiile sale asupra melancoliei, va menține această concepție psihopatogenică, pe care va încerca să o expliciteze prin noțiuni ca „endon" și „typus melancholicus".

Endogenitatea este apărată azi mai ales de partizanii unei cauzalități ereditare a maladiilor mentale, mascând credința într-o organogeneză care nu și-a putut aduce probele pe planul anatomopatologic. Dar trebuie știut, cum amintește J. Wyrsch într-un studiu despre psihozele endogene, că organiciștii au fost timp îndelungat cei mai exogeniști, pe când psihogeniștii, îndeosebi alieniștii spiritualiști germani din

secolul al XIX-lea, ca J.C. Heinroth sau K. Ideler, se declarau mai presus de orice endogeniști. Ulterior, la sfârșitul secolului, s-a conturat o evoluție în sensul apărării cauzalității morbide endogene organice de către neuropsihiatrii organiciști care descriau psihozele degenerative, privilegiind în mod succesiv noțiunile de degenerescență, iar mai târziu de constituție, de biotip, iar mai recent de procese dismetabolice sau encefalozice, care ar fi de origine ereditară. Psihogeniștii s-au regăsit în această mișcare de basculă, îndeosebi sub influența ideilor freudiene, în câmpul exogeniștilor, iar unii dintre ei vor apăra, pe urmele lui A. Meyer, noțiunea de psihoză reacțională.

ENDORFINĂ sau **ENDOMORFINĂ** (engl. *endorphine*). **Substanță naturală, sintetizată în sistemul nervos central, dar și în unele organe periferice, producând efecte comparabile cu ale morfinei și legându-se în mod specific de receptorii opiacei.**

Izolarea peptidelor opiode endogene este rezultatul unei cercetări sistematice care a început prin descoperirea, în 1973, a receptorilor morfinici. Trei echipe au descoperit atunci poziții de legătură a morfinicelor pe membranele celulare ale sistemului nervos central. Prezența unor asemenea poziții sugerează existența de substanțe naturale, endogene, substanțe care, în starea fiziologică, se pot fixa pe acești receptori. În 1975, J. Hughes și H. Kosterlitz pun în evidență o substanță endogenă care acționează ca opiaceele pe un preparat tisular. Două peptide sunt atunci rapid identificate: met-enkefalina, apoi leu-enkefalina. Puțin timp după aceea este identificată o moleculă din 31 acizi aminați: β-endorfina (beta-endorfina).

În prezent, aproape douăzeci de endorfine sunt identificate și regrupate în trei mari clase chimice: enkefalinele, β-endorfinele și dinorfinele.

Neuronii care conțin endorfine sau care sunt bogați în receptori opiacei sunt dispersați de-a lungul întregului sistem nervos central. Diferitelor localizări le corespund diferite funcții. În măduva spinării, situați vizavi de terminațiile nervilor senzitivi, modulează transmiterea mesajelor dureroase.

În regiunile hipotalamice și hipofizare, participă la reglarea secrețiilor hormonale. Sistemul limbic, care joacă un rol central în viața emoțiilor, este și el bogat în receptori opiacei. Se poate presupune că stimularea acestor poziții stă la originea efectelor euforizante produse de substanțele morfinice.

Endorfinele participă la extrem de numeroase funcții. La percepția durerii, desigur, dar și la stres, în cursul căruia endorfinele sunt eliberate la nivel central și periferic. Astfel, β-endorfina măsurată în sânge crește în cazul exercițiului fizic, al nașterii, al intervențiilor chirurgicale sau al stresului determinat de examene. Aceste substanțe sunt de asemenea implicate în numeroase comportamente ca memorizarea, activitatea motorie, alimentație sau somn.

La om, explorarea endorfinelor trece prin dozarea acestor peptide în sânge și în lichidul cefalorahidian sau prin administrarea de substanțe care stimulează sau blochează receptorii opiacei.

Primele explorări în patologia mentală datează din 1976, la pacienți schizofrenici. Tulburările depresive, toxicomania sau anorexia mentală sunt și ele luate în studiu. Diferitele investigații întreprinse nu au adus încă rezultate formale. Oricum, pare puțin probabil ca endorfinele să participe în mod univoc la o funcție sau la o tulburare dată. Ele sunt cel mai adesea integrate în sisteme de interacțiune complexe, la care participă alți neuromediatori sau neuromodulatori.

În cadrul psihiatriei biologice, demersul care leagă maladiile mentale de opiacee diferă de acela care conduce la formularea ipotezelor monoaminergice ale depresiei sau schizofreniei. În acest din urmă caz, cercetările au fost inaugurate prin studierea mecanismelor de acțiune biochimică ale antidepresorilor sau neurolepticelor. În cazul opiaceelor, biochimiștii au descoperit receptorii, apoi liganții, iar într-o a doua etapă, au fost explorate aplicațiile clinice, diagnostice și terapeutice.

ENUREZIE (engl. *enuresis*). **Emisiune de urină a cărei declanșare este involuntară și inconștientă, având loc cel mai adesea în timpul somnului.**

Micțiunea, activă, completă, cu o desfășurare normală, survine la copil la o vârstă la care controlul sfincterian este dobândit în mod normal, cel mai adesea la băiat. Enurezia este unul din motivele de consultație cele mai frecvente care îi interesează pe pediatri, generaliști, pedopsihiatri și urologi. Se distinge *enurezia primară*, cea mai frecventă, caz în care controlul sfincterian nu a fost niciodată dobândit, de *enurezia secundară*, care survine după un interval mai lung sau mai scurt de micționare normală. Există uneori simptome asociate, ca encopresia* sau alte perturbări globale și profunde ale personalității.

După ce s-a eliminat orice patologie urologică sau endocrină, este necesar să se studieze, cu ajutorul familiei, caracteristicile enurezie, ale somnului și factorii psihici. Trebuie descifrat ecoul simptomului în familie, trebuie înțelese consecințele eventuale ale dispariției sale și personalitatea copilului. Aceasta este variabilă: unii copii sunt opozanți și exercită presiuni asupra anturajului, alții sunt emotivi sau imaturi, nereușind să se rețină, iar alții sunt nevrotici, prezentând și alte simptome (anxietate, fobii, ritualuri). Enurezia poate fi sursă de coflict cu mama sau, dimpotrivă, prilej de îngrijiri intime, sursă de complicitate și de beneficii secundare. Tratamentul enureziei asociază măsuri generale, cum este îndepărtarea cauzelor de excitație, de oboseală, de anxietate, favorizarea unui somn suficient, reglarea regimului alimentar și hidric. Medicamentele sunt uneori eficiente, în special imipraminicele. Există, de asemenea, metode de trezire nocturnă și de educație micțională. În sfârșit, psihoterapia psihanalitică permite elucidarea motivațiilor inconștiente.

EONISM (engl. *eonism*). **Adoptare episodică sau constantă de către un bărbat a comportamentului vestimentar și uneori social al sexului feminin.**

Tocmai evocând cazul cavalerului Eon (1728–1810), care în tinerețe și în ultima parte a vieții a trăit îmbrăcat femeiește, a creat H. Ellis acest termen, pentru a defini ceea ce el mai numea și „diversiune estetico-sexuală", acea tendință de deghizare cu caracter sexual fiind pentru dânsul primul grad al inversiunii sexuale. Psihanaliștii vor vedea în aceasta și o manifestare a fetișismului, totuși, cu R. J. Stoller, trebuie să distingem ceea ce este simplă *travestire fetișistă* (engl. *fetishistic cross-dressing*) de travestismul veritabil. → TRAVESTISM.

EPIDEMIOLOGIE (engl. *epidemiology*). **Știință a fenomenelor de masă ale maladiilor, care studiază frecvența și distribuția lor în funcție de multipli factori care țin de pacienți — cum sunt vârsta,**

sexul, caracteristicile fizice, comportamentale, culturale, profesionale sau sociale — și de mediul geografic, climatic, demografic, precum și de condițiile de viață, de habitat.

Epidemiologia nu este rezervată maladiilor contagioase, infecțioase, chiar dacă manifestările de masă ale unora dintre aceste maladii (cum sunt ciuma sau holera) au fost primele care i-au interesat pe observatorii medicali. Astfel, epidemiologia a căpătat un loc important în psihiatrie, în studierea factorilor etiologici și evolutivi ai maladiilor mentale. Ea urmărește să determine prevalența acestor maladii (frecvența lor într-o epocă dată) și incidența lor în morbiditatea generală, adică procentajul de subiecți pentru prima oară îmbolnăviți într-o perioadă determinată și într-o populație definită. Pornindu-se de la această epidemiologie pur descriptivă s-a dezvoltat o epidemiologie explicativă care caută să pună în relație aceste date cu caracteristicile individuale și de mediu, pentru a descoperi anumiți factori favorizanți.

Trebuie să calculăm, să definim un eșantion, o populație reprezentativă și o populație-martor. Trebuie să determinăm acest eșantion reprezentativ al populației de o mărime suficientă, așa încât să reducem erorile de estimare, să examinăm pe fiecare din membrii care îl compun și, pornind de la aceste examinări, să precizăm câți subiecți suferă de maladia studiată. Principiul este simplu, dar realizarea este dificilă, în special în psihiatrie. Se impune să definim cu precizie semnele care ne permit să afirmăm prezența sau absența maladiei, examinatorii trebuind să fie determinați să folosească în mod identic aceleași criterii. Prețul de cost al unor asemenea operații, în timp și în personal (fără a mai vorbi de prestația statistică), este foarte ridicat. Este motivul pentru care primele anchete de acest tip nu au fost realizate decât de vreo cincizeci de ani, cele de bună calitate fiin într-un număr relativ scăzut. Ele au înce put, în anii 1930, în Germania și Elveția au fost efectuate de specialiști interesați d ereditatea maladiilor mentale. Au fost con tinuate în țările scandinave, apoi în State Unite și Canada, pentru a se extinde sfârșit în numeroase țări europene, africa și asiatice, îndeosebi sub egida Organi zației Mondiale a Sănătății.

Importanța socială a epidemiologie psihiatrice este evidentă. Într-adevăr, auto ritățile sanitare trebuie să cunoască tr buințele de viitor, paturile de care să dispună, mijloacele materiale; exemplu actual este boala Alzheimer, 5% dintr subiecții de 70 de ani și 20% dintre cei d 80 de ani prezentând riscul de demență. Importanța sa științifică este, de asemenea, extrem de mare. În special epidemiologia psihiatrică explicativă ne poate permite să stabilim o corelație între frecvența unei maladii și anumite circumstanțe favorizante. Constatarea unei astfel de relații, chiar dacă nu-i cunoaștem adevăratul mecanism, ne permite să instituim măsuri preventive eficiente.

Este necesar, totuși, să interpretăm cu prudență rezultatele anchetelor epidemiologice în psihiatrie, deoarece factorii de eroare rămân considerabili. Constatarea unei legături între frecvența de apariție a unei maladii mentale și circumstanțele particulare trebuie considerată „fapt statistic" și nu „relație cauzală", cu atât mai mult cu cât etiologia maladiilor mentale este în general complexă și multifactorială.

Bibl.: Plunkett, R.J., Gordon, J.E. *Epidemiology and Mental Illness*, Basic Brooks, New York, 1960; Tousignant, M., *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, P.U.F., Paris, 1992; W.H.O., *The International Pilot Study of Schizophrenia*, O.M.S., W.H.O., 1973.

EPILEPSIE (engl. *epilepsy*). **Nume dat unei grupe de maladii nervoase caracterizate îndeosebi prin manifestări convulsive.**

Pentru *Dicționarul epilepsiei* (O.M.S., 1973), în termeni mai preciși este „o afecțiune cronică cu etiologii diverse, caracterizată prin repetarea de crize ca rezultat al unei descărcări excesive a neuronilor cerebrali (crize epileptice), oricare ar fi simptomele clinice sau paraclinice eventual asociate". Ceea ce înseamnă, cum subliniază H. Gastaut, că o epilepsie este „constituită din repetarea de crize epileptice în cursul unei lungi perioade de timp și că o criză unică sau câteva crize repetate în mod accidental (criză eclampsică la o femeie gravidă sau crize convulsive hipertermice la copil, de exemplu) nu constituie o epilepsie".

Tot după Gastaut, dar și în acord cu clasificarea O.M.S., distingem două mari forme de epilepsie: epilepsiile generalizate și epilepsiile parțiale.

Primele se manifestă prin crize datorate încingerii generalizate a neuronilor corticali din ambele emisfere cerebrale. În unele cazuri, mai ales la copii, aceste crize nu determină decât o simplă pierdere momentană a cunoștinței. Este așa-numita absență, care nu se asociază cu fenomene motorii sau neurovegetative importante. Cel mai adesea, însă, ele provoacă, o dată cu pierderea cunoștinței, tulburări motorii, care pot fi de diferite tipuri: fie „criza majoră" tonicoclonică, cu spasm tonic difuz, urmat de o serie de secuse clonice, apoi de o comă postcriză; fie o criză exclusiv tonică, sau clonică, fie o secusă mioclonică izolată, difuză în tot corpul; fie o criză atonică, determinând o cădere a subiectului din cauza pierderii bruște a tonusului postural. Această epilepsie generalizată se poate numi „esențială" (idiopatică) atunci când este primară, adică fără etiologie organică. Avem atunci de-a face cu o afecțiune funcțională cerebrală datorată unei scăderi permanente a pragului de convulsivitate (poate de origine genetică), exprimată, mai ales în copilărie, prin absențe (*criză minoră*) sau mioclonii difuze și, începând cu vârsta adultă, prin crize tonicoclonice generalizate (*criză majoră*), cu o frecvență foarte scăzută (câteva crize pe an). Între crize nu există nici o suferință cerebrală, electroencefalograma este normală, în afară de câteva rare paroxisme difuze în ambele emisfere, mărturie a unei predispoziții epileptice. Epilepsia generalizată secundară este mult mai rară și se datorează, în general, unor leziuni cerebrale difuze, cum vedem în diverse encefalopatii.

Epilepsiile parțiale, în schimb, sunt aproape întotdeauna secundare, provocate de leziuni cerebrale localizate. În cazul acesta descărcarea neuronică rămâne limitată la o regiune corticală, căreia îi manifestă suferința. Aceasta se poate exprima, în afară de crize, prin semne neurologice „în focar" (afecțiune motorie, senzorială, praxică, gnozică sau verbală, mai mult sau mai puțin importantă). Paroxismele apar pe encefalogramă exclusiv ca „focare epileptogene" la nivelul zonei cerebrale lezate. Trebuie știut că unele dintre aceste epilepsii focale se pot secundar generaliza, de unde importanța de a repera cu exactitate în aceste cazuri primele manifestări ale crizei, înainte de generalizarea sa, spre a le distinge de o criză epileptică generalizată. Cauzele sunt multiple: traumatice, infecțioase (encefalite), tumorale, vasculare,

ca să nu le citățm decât pe cele mai frecvente. După localizarea lor, distingem: epilepsii parțiale datorate leziunii unei arii corticale specifice funcției motorii (secuse ale unui membru sau ale unei jumătăți de față, cauzate de o afectare a cortexului somatomotor de tip Bravais–Jackson, de exemplu) sau funcției senzoriale (acufene la nivel cortical auditiv, fosfene la nivel cortical vizual); epilepsii parțiale produse de o leziune a unei arii asociative corticale (mai ales temporale), a căror semiologie este mult mai elaborată și poate afecta activitățile psihice. Ele se manifestă prin tulburări psihosenzoriale (iluzii, halucinații) sau psihomotorii (automatisme psihomotorii) sau chiar pur mentale (sentimentul de *déjà vu*, de gândire forțată, impresia de a trăi în vis, de tipul *„dreamy state"* sau de stare crepusculară confuzională, luând uneori înfățișarea unui adevărat delirium).

Problema personalității epileptice și a tulburărilor permanente de caracter, în afara fazelor critice paroxistice, rămâne subiect de discuție. Se descria altădată la epileptic o tendință de adezivitate excesivă la anturaj (glișroidie), asociată cu o lentoare a procesului de ideație (bradipsihie) de tip „afectivitate colantă și vâscoasă", mergând mână în mână cu o anumită agresivitate care se descărca prin accese, într-un mod coleric și clastic*. F. Minkowska a reperat, astfel, o veritabilă „constituție epileptoidă" bipolară, polii fiind adezivitatea și clasticitatea. Ea vedea în pictorul Vincent Van Gogh și în expresia sa picturală (făcută concomitent din legături și din explozii) prototipul caracterului epileptic.

Se consideră astăzi că aceste tulburări de personalitate și de comportament nu sunt specifice epilepsiei și ar depinde mai degrabă de o afecțiune cerebrală organică mai mult sau mai puțin difuză (și non-demențială), așa cum vedem în sechelele unor encefalite sau ale unor traumatisme cerebrale. Rolul mediului și al atitudinilor mediului față de epilepsia unui subiect este în mod cert, de asemenea, de luat în considerare în ceea ce privește responsabilitatea pentru apariția la acesta a unor tulburări caracteriale și nevrotice, care sunt pur reacționale față de acești factori socioafectivi.

Tratamentul epilepsiilor generalizate primare este îndeosebi de ordin medicamentos (→ ANTIEPILEPTIC). Acela al formelor secundare și parțiale depinde în primul rând de natura leziunii cerebrale în cauză, ceea ce nu înseamnă că medicamentele antiepileptice nu ocupă și ele un anumit loc, cel puțin în planul simptomelor. În general, sunt de evitat toți excitanții (cafea, alcool etc.).

Bibl.: Beauchesne, H., *L'épileptique*, Dunod, Paris, 1980; Gastaut, H., *Dictionnaire de l'epilepsie*, O.M.S., Genève, 1973; Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B. J. (eds.), „Organic Mental Disorders Associated with Epilepsy", in *Comprehension Textbook of Psychiatry*, Williams and Willkins, Baltimore, 1980; Loiseau, P. Jallon, P., *Les épilepsies*, Masson, Paris, 1979.

EPILEPSIE POSTTRAUMATICĂ (engl. *post-traumatic epilepsy*). **Epilepsie care apare în cursul unui traumatism cranian de intensitate variabilă, instalându-se după un anumit timp de incubație și răspunzând *a priori* unei leziuni cauzate de acest traumatism.**

Crizele de epilepsie care pot surveni în minutele, orele sau zilele care urmează unui traumatism cranian nu fac parte din epilepsia posttraumatică; ele sunt în relație cu perturbările fizico-chimice. Numai

crizele tardive, în raport cu constituirea progresivă a unei cicatrici sclerogliale, la nivelul focarului lezional cerebral, sunt crize de epilepsie posttraumatică. Crizele survin cel mai adesea începând cu luna a șasea după traumatism, și în primii doi ani. Traumatismele craniene benigne nu sunt nicidecum epileptogene. În ceea ce privește traumatismele mai grave, un anumit număr de factori concură la creșterea riscului de apariție a unei epilepsii posttraumatice: un traumatism închis grav, cu contuzie parenchimatoasă sau hematom intracranian; existența unei plăgi cranio-cerebrale; fracturi ale cutiei craniene, numai dacă determină o înfundare; existența de sechele motorii, senzitive, de limbaj; persistența sau agravarea unor anomalii ale electroencefalogramei.

Epilepsia posttraumatică pune problema prevenirii sale, unii autori preconizând un tratament medicamentos preventiv după orice traumatism cranian. Diagnosticul nu este întotdeauna ușor, mai ales când este vorba de invocări în scopul de a percepe despăgubiri sau o rentă de accident de muncă. În afară de aceasta, este necesar să ne asigurăm că nici o altă cauză nu este responsabilă de crizele de epilepsie apărute. Așadar, numai prin eliminare va putea fi reținut diagnosticul de epilepsie posttraumatică. Evoluția este extrem de variabilă; în 50% dintre cazuri, însă, se observă o vindecare de cinci ani după începutul crizelor.

EPILEPTOGEN (engl. *epileptogenic*). **Se spune despre ceea ce provoacă o criză de epilepsie.**

În afară de leziuni, numeroase condiții patologice pot, de asemenea, favoriza survenirea unor crize de epilepsie: unele perturbații metabolice, intoxicații de felul alcoolismului, hipertermia, insomnia și unele medicamente, cum sunt insulina sau pentametilentetrazolul. De asemenea, stimularea luminoasă intermitentă (S.M.I.), de o anumită frecvență, poate provoca o criză.

EREDITATEA MALADIILOR MENTALE (engl. *heredity of mental illnesses*). → PSIHIATRIE GENETICĂ.

EREDOALCOOLISM (engl. *heredoalcoholism*). **Patologie datorată impregnării cu alcool a organismului părinților.**

Cu toate că dintotdeauna se consideră că abuzul de alcool determină numeroase „tare" în descendența băutorilor, noțiunea de eredoalcoolism nu se constituie decât la începutul secolului XX, după modelul eredosifilisului, în cadrul doctrinei degenerescenței.

Eredoalcoolismul reprezintă o ilustrare exemplară a procesului degenerativ. Alcoolul este, într-adevăr, o cauză predispozantă la boală prin leziunile pe care le provoacă, în special la nivelul sistemului nervos, această predispoziție putând să treacă la generația următoare, în caz că intoxicația este importantă. Dar alcoolul este și o cauză determinantă care poate duce la accidente acute, cu atât mai ușor cu cât subiectul este predispus. Mecanismul, rezumat de M. Legrain, este următorul: „Degenerații creează băutori, iar băutorii creează degenerați". Numeroși autori vor defini astfel alcoolismul drept unul din stigmatele degenerescenței, pe când alții vor conchide că „apetența pentru băuturi alcoolice este aceea care se transmite". Dacă teoria eredoalcoolismului a bătut pasul pe loc în anii '40, în favoarea teoriilor medialiste, de la începutul anilor '80 este de notat

multiplicarea cercetărilor asupra consecințelor alcoolismului.

EREDODEGENERESCENȚĂ (engl. *heredodegeneration*). **Sindrom de degenerescență.** → DEGENERESCENȚĂ.

EREDOSIFILIS (engl. *heredosyphilis*). **Nume dat odinioară sifilisului.**

Noțiunea de eredosifilis, foarte răspândită la începutul secolului XX, până în anii '40, îndeosebi datorită lucrărilor lui A. Fournier și ale elevilor săi, rămâne foarte vagă la autorii care o folosesc. Într-adevăr, dacă polemica asupra originii infecțioase sau ereditare a sifilismului a încetat din 1905, o dată cu descoperirea treponemei, noțiunea de eredosifilis nu continuă mai puțin să funcționeze, în afara problematicii etiologice. Uneori, până în zilele noastre, termenul este sinonim al *sifilisului congenital*, contractat de fetus în timpul vieții intrauterine. Uneori este o *entitate morbidă autonomă*, cuprinzând semne extrem de variate, în așa fel încât unii autori fac din el prima cauză de mortalitate infantilă. Alteori, în sfârșit, ca și tuberculoza și alcoolismul, este factor de degenerescență, cu stigmatele sale distrofice, cu constituția sa fragilă și predispoziția la nebunie.

În toate cazurile, eredosifilisul este pus în față ca o cauză de multiple patologii: stări de arierație, paralizie generală juvenilă, tulburări de personalitate, demență precoce, uneori într-un cadru general ca acela al „psihozelor eredosifilitice" ale lui Régis. În ceea ce privește tratamentul, el nu diferă de tratamentul general alsifilisului — de la mercur la penicilină, trecând prin sărurile de bismut și arsenicale —, dar prevenirea acestui flagel social i-a mobilizat cel mai mult pe autori.

EREUTOFOBIE sau **ERITROFOBIE** (engl. *ereutophobia* sau *erythrophobia*). **Teama obsedantă de a roși.**

În majoritatea cazurilor, ereutofobia se asociază în mod efectiv cu roșirea feței și cu sudația, ceea ce sporește inconfortul subiectului, mai ales atunci când se găsește în prezența altor persoane. Ereutofobia survine la pubertate și la tineri, în special la tinerele fete. Ea nu exprimă, cel mai adesea, decât o labilitate sau o reacție emoțională exagerată, însă pasageră, estompându-se cu vârsta. Dacă persistă în cursul vieții adulte, ea poate handicapa viața profesională și socială a subiectului, făcându-i să-i fie frică sau chiar să evite situațiile în care s-ar putea simți judecat sau chiar pur și simplu observat de ceilalți. A pretexta timiditatea sau o lipsă de asertivitate nu mai este în acest caz suficient pentru explicarea acestei tulburări.

ERGOTERAPIE (engl. *work therapy*). **Metodă de tratament și de readaptare a unor handicapați sau bolnavi mintali, prin învățarea și practica unor tehnici artizanale sau a unor munci adaptate la capacitățile lor funcționale, eventual diminuate, în vederea reinserției socio-profesionale.**

Aceste activități au în psihiatrie mai întâi un scop ocupațional. P. Pinel scria, în al său *Tratat medico-filosofic* (1800): „Este rezultatul cel mai constant și mai unanim că, în toate azilurile publice, ca și în închisori și ospicii, cel mai sigur și poate singurul chezaș al menținerii sănătății, bunelor moravuri și al ordinii este legea unei munci manuale, executată cu rigurozitate." În 1830, G. Ferrus, punându-i pe bolnavii de la Bicêtre să muncească la ferma de la Sainte-Anne, gândea la fel. Dar numai la începutul secolului XX — cu H. Simon în Germania și cu unii psihiatri englezi, promotori ai unei veritabile „terapii ocupaționale" — aceasta se va integra în programul de tratament al bolnavilor. O dată cu începuturile psihoterapiei instituționale, practicată la Saint-Alban în anii celui de al doilea război mondial, ergoterapia se situează în centrul acțiunii terapeutice animate de L. Bonnafé și F. Tosquelles, care redescoperă scrierile lui H. Simon și le traduce în franceză.

Trebuie recunoscut că, după o dezvoltare considerabilă în anii '50 a acestei forme de tratament, ergoterapia și-a pierdut în parte importanța în spitalele psihiatrice, din cauza internărilor din ce în ce mai scurte ale bolnavilor. Ea este, în schimb, extrem de utilizată în „atelierele terapeutice", care reprezintă un „mediu intermediar între unitarea de îngrijire spitalicească propriu-zisă și mediul normal de muncă" (P. Bernard), precum și în unele centre de muncă protejate (ateliere protejate și centre de ajutorare prin muncă).

Bibl.: Arveiler, J.P., Bonnet, C., *Au travail...*, Erès, Toulouse, 1991.

EROTOMANIE (engl. *erotomania*). **Delir pasional cronic axat pe iluzia delirantă de a fi iubit de o persoană cel mai adesea inaccesibilă.**

Acest delir, descris de G.-G. de Clérambault ca o psihoză pasională deosebită de paranoia, se caracterizează printr-o evoluție în trei faze: faza speranței, cea mai lungă, în care pacientul speră că „iubitul" își va face deschis declarația; urmează faza înciudării, care adesea se asociază cu depresia, uneori chiar cu idei de sinucidere (autoliză posibilă); în sfârșit, faza ranchiunei, cu agresivitate față de obiect, care se exprimă prin treceri la act ce pot merge până la uciderea acestuia. Există deci un risc medico-legal serios, care trebuie cunoscut bine.

Obiectul este, în general, de un rang social superior aceluia al erotomanului: vedetă de cinema sau de music-hall, autor celebru, avocat, ecleziast, medic etc. Acesta din urmă în special, dată fiind poziția sa și funcția profesională, este adesea obiectul unui astfel de delir pasional, care are loc de 4–5 ori mai frecvent la femeie decât la bărbat.

În afară de erotomania pură sau primară, există erotomanii secundare, care survin în cursul unei psihoze paranoice cronice sau al unei schizofrenii paranoide. Aici tema erotomaniacă se exprimă printr-un conținut deliric mult mai vast, interpretativ sau halucinator. Obiectul nu este în acest caz izolat, apărând, dimpotrivă, printre ceilalți persecutori și trecând de la o persoană la alta.

ESQUIROL (Etienne Jean Dominique). **Psihiatru francez (Toulouse, 1772 — Paris, 1840).**

Este inspiratorul legii din 1838 cu privire la internare. A fost elevul și continuatorul lui P. Pinel în ceea ce privește primele dezvoltări ale psihiatriei franceze. A făcut studii teologice destul de întinse, înainte de a trece la studii medicale în orașul natal.

Sosește la Paris în 1799 și frecventează serviciul viitorului său profesor, la Salpêtrière, începând din 1801. Își susține, în 1805, teza asupra „pasiunilor considerate drept cauze, simptome și mijloace curative ale alienării mentale". Devine mai târziu supraveghetor în serviciul lui Pinel, în 1811, iar de îndată ce are vechimea necesară, în 1812, devine medic la Salpêtrière.

Pe de altă parte, întemeiază o casă de sănătate privată, situată mai întâi în Paris, strada Buffon, iar începând din 1827 la Ivry-sur-Seine. La moartea lui A. Royer-Collard, în 1825, ocupă locul său de medic-șef la Casa regală de la Charenton, unde va rămâne până la sfârșitul vieții. Între timp, devine inspector general al facultăților de medicină (1823) și președinte al consiliului de igienă publică al departamentului Sena (1833). Cursul său de patologie mentală, început la Salpêtrière, este continuat la Charenton, unde el va forma pe cei mai mulți medici alieniști francezi de la mijlocul secolului al XIX-lea.

Are, de asemenea, un rol important pe plan administrativ și legislativ, în special în pregătirea legii din 30 iunie 1838, care va reglementa tratamentul și spitalizarea bolnavilor mintali în Franța timp de un secol și jumătate. Esențialul operei sale îl găsim în tratatul *Despre maladiile mentale*, apărut în același an cu legea. Tratatul reprezintă încununarea carierei acestui mare clasic al psihiatriei franceze. În același an, 1838, Esquirol vede, într-adevăr, promulgată legea asupra internării, al cărei inițiator a fost, după cum vede și punerea pietrei de temelie la noul azil din Charenton, ale cărui planuri au fost făcute după directivele sale și care va sluji timp îndelungat de model tuturor constructorilor de astfel de stabilimente. Tratatul său este, de fapt, sub forma a două mari volume, de 678 și, respectiv, 864 pagini, inclusiv o serie de 27 planșe cu finețe gravate de Ambroise Tardieu și reprezentând diferite tipuri de boli mintale, un fel de *patchwork* care reunește toate articolele anterioare ale lui Esqauirol și îndeosebi acelea scrise pentru marele *Dictionnaire des sciences médicales* (Panckouche), între 1821 și 1826. Regăsim aici clasificarea nosografică a bolilor mintale făcută de magistrul său Pinel, ușor modificată. Separația între ceea ce este de ordinul insuficienței dezvoltării mentale (idioție, cretinism, imbecilitate) și ceea ce este de ordinul debilității psihice (demență) este aici mai bine tranșată. Mania, delirul general este aici bine descrisă în toate formele. Melancolia, însă, delirul parțial, este înlocuită prin două clase de afecțiuni diferite: de o parte lipemania sau delirul trist, cu formele sale care conduc la sinucidere (căreia Esquirol i-a consacrat un studiu important), de altă parte monomaniile, delirurile limitate la una sau la un mic număr de idei. Această ultimă clasă reprezintă partea cea mai originală a operei sale clinice. El face distincție între: *monomaniile intelectuale*, în care tulburarea intelectuală, delirul cu iluziile sale senzoriale, cu interpretări morbide, cu halucinații domină simptomatologia; *monomaniile afective*, în care tulburarea rămâne mai ales afectivă, afectând sensibilitatea, fără veritabil delir (este vechea manie fără delir descrisă de Pinel sau mania rațională); *monomaniile instinctive*, în care doar voința este lezată, bolnavii săvârșind acte delictuoase și imorale ca pe niște „acțiuni instinctive irezistibile", care pot merge până la omucidere. „Monomania omicidă" fără delir va fi obiect de discuții vehemente la curțile cu juri, între magistrații care vor să aplice legea și experții alieniști care încearcă (cu apărătorii lor) să-i declare pe criminali iresponsabili, făcându-i să beneficieze de articolul 64 al Codului penal. Această lucrare cuprinde, de asemenea, capitole foarte interesante despre tratamentul moral, casele de tratament pentru alienați, despre administrarea și paza polițienească a acestor stabilimente, precum și texte privind domeniul medico-legal psihiatric, pe care Esquiro l-a lărgit

mult. Opera lui Esquirol, în același timp clinică și medico-administrativă, a marcat profund destinul psihiatriei și al asistenței bolnavilor mintali.→ MONOMANIE.

ETEROMANIE (engl. *etherism*). **Obișnuire la eter, cel mai adesea folosit în inhalații, iar uneori prin ingestie, chiar prin injecție.**

ISTORIC. Cunoscut din secolul al XVIII-lea, eterul etilic a fost folosit în 1840 în inhalații, ca anestezic în cazul operațiilor. El a fost înlocuit de cloroform, protoxidul de azot, analgezice generale (morfină) sau locale (derivați ai cocainei). O mare vogă a eteromaniei a avut loc în Irlanda în 1850: drog ieftin, eterul era consumat în locul alcoolului (uneori amestecat), în baruri. În Franța, fapt destul de bizar, utilizarea sa (mai ales prin inhalații) a rămas limitată îndeosebi în unele medii literare: Guy de Maupassant a fost un adept, la fel ca Jean Lorrain, autor al unor *Contes d'un buveur d'éther*.

EFECTE. Beția eterică este obținută foarte repede după priză. Senzația de plutire, uneori euforică, face loc unor fenomene halucinozice, într-un context confuzo-oniric. În cazul unor doze puternice poate surveni o comă cu convulsii. Toleranța este rapidă, determinând o creștere a dozelor în caz de utilizare repetată. Există în acest caz adesea o dependență psihologică, dar și fizică (sindrom de sevraj, cu dureri abdominale, crampe etc.). Eterismul cronic include tulburări neurologice, cu tablouri simptomatologice pseudodemențiale. Produs foarte puțin discret, din cauza mirosului său caracteristic, eterul nu a fost utilizat decât marginal de toxicomanii actuali. (Este totuși supus prescripției medicale, începând cu anul 1986.) Adolescenții în căutare de beție îi preferă fie alcoolul, fie tricloretilena sau alți solvenți organici.

ETILISM (engl. *alcoholism*). **Sinonim al alcoolismului, folosit uneori spre a disimula sub o aparență mai tehnică conotațiile peiorative vehiculate de acest cuvânt.**

ETNOPSHIATRIE (engl. *ethnopsychiatry*). **Domeniu al psihiatriei consacrat studierii tulburărilor mentale în funcție de grupurile culturale și etnice cărora le aparțin subiecții respectivi.**

Numită și *psihiatrie comparată* (E. Ortigues) sau *transculturală* (Y. Pelicier), etnopsihiatria ține atât de o practică terapeutică care caută să trateze diversele maladii mentale prin prisma inserției și apartenenței lor la un grup sociocultural sau etnic determinat, cât și de o știință care caută să repereze și să compare modalitățile și formele de patologie mentală specifice cutărui sau cutărui mediu social particular.

Două mari tendințe par să domine etnopsihiatria.

În cadrul primei tendințe, clinicienii consideră diferența socioculturală ca fiind relativ neglijabilă în raport cu patologia care rămâne *grosso modo* identică de la un grup la altul. Obiectul etnopsihiatriei ar fi în acest caz cel mult să repereze modul singular în care bolnavul și-ar apropia o realitate socială exterioară a sa, cu ajutorul propriilor săi determinanți psihici.

În cadrul celei de a doua tendințe, dimpotrivă, diferența socioculturală este considerată ca fiind fundamentul însuși al etenopsihiatriei, care face din aceasta o știință autonomă, chiar dacă ea trebuie să rămână pluridisciplinară. Această tendință

a fost ilustrată de etnologii nord-americani M. Mead, R. Benedict și A. Kardiner și de psihanalistul și etnopsihiatrul G. Devereux. Ea este azi reprezentată în Franța mai ales de un elev al acestuia din urmă, T. Nathan (1986). Pentru acesta, identificările succesive care au format un subiect nu au loc decât prin interiorizarea de modele culturale impuse de societate. Subiectul, în măsura în care se socializează, „participă în mod necesar la modelul cultural în care se exprimă".

Aceste două tendințe, chiar dacă finalmente se întâlnesc, se opun în ceea ce privește problema inevitabilă a raporturilor psihismului cu culturalul, așa cum deja M. Mauss o ridica în eseul său „Raporturile reale și practice ale psihologiei și sociologiei" (*Sociologie et anthropologie*, 1949). De fapt, se cere evitată pe de o parte „o concepție monadică și în mod deliberat antisociologică a individului", iar, pe de altă parte, „o concepție reificatoare și în mod deliberat antipsihologică a socialului, dublu dogmatism care nu poate duce decât la a lua poziție, într-un fel de joc perfect steril, fie în favoarea preeminenței individului asupra societății, fie în favoarea preeminenței societății asupra individului" (F. Laplantine, 1988). Această dilemă a fost depășită mai ales în domeniul etnopsihanalizei de către G. Devereux, care a arătat că orice fapt uman trebuie făcut comprehensibil prin ambele abordări, psihologică pe de o parte, sociologică pe de alta, într-un complementarism care în mod necesar nu este simultan și care nu are a ține seama de o succesiune particulară. „Aceste două discursuri explicative — scrie Devereux — nu pot și nu trebuie să fie simultane, ele trebuie ținute consecutiv, ordinea în care sunt ținute neavând importanță." Etnopsihiatria va adopta și ea această abordare explicativă complementară, încercând să răspundă la două întrebări principale puse de H. Ellenberger, unul dintre eminenții săi cercetători: „Maladiile mentale sunt ele toate aceleași de la o țară la alta, sau sunt rezultatul unor culturi particulare? Noțiunea de maladie mentală este ea universală, sau specifică anumitor culturi particulare? Dacă este universală, maladia mentală se manifestă prin semne și o evoluție specifice unui mediu sociocultural sau etnic determinat. Și care ar fi factorii sociali responsabili în mod deosebit de apariția acestor tulburări mentale?" Vedem că răspunsurile la aceste întrebări condiționează orice anchetă epidemiologică cât de cât extensivă și că nu există cercetări de amploare în acest domeniu care să nu se asocieze cu o cercetare etnopsihiatrică prealabilă. Singurul pericol, deja semnalat de F. Fanon în 1952 (*Piele neagră și măști albe*), ar fi să se dea dovadă de un etnocentrism care să privilegieze unele modele occidentale, transformând etnopsihiatria în instrument al unui imperialism cultural.

Bibl.: Fourastié, R., *Introduction à l'ethnopsychiatrie*, Privat, Toulouse, 1985; Laplantine, F., *L'ethnopsychiatrie*, P.U.F., Paris, 1988; Nathan, T., *La folie des autres*, Dunod, Paris, 1986.

EUFORIE (engl. *euphoria*). **Stare timo-afectivă generală de satisfacție și bună ființare.**

Euforia poate căpăta un aspect patologic când apare în contrast cu o situație reală care ar trebui să fie trăită într-un mod neplăcut. Este atunci semnul unei debilități demențiale (în special în paralizia generală sau în unele tumori frontale, în care euforia face parte din „moria") sau al unui acces de excitație maniacă, ori al unei discordanțe afective schizofrenice.

EVENIMENT VITAL (engl. *vital event*). **Eveniment biologic susceptibil de a provoca o maladie mentală și în special o depresie, întrerupând cursul normal și uniform al vieții unui subiect care părea până atunci sănătos mental și bine adaptat.**

Nu avem deci de-a face cu un simplu traumatism psihic susceptibil să declanșeze o stare nevrotică acută, ci cu un eveniment perfect reperabil în istoria subiectului, care determină modificări importante în viața cotidiană și are un efect de stres, repetându-se continuu pe parcursul unei lungi perioade, într-un mod realmente cumulativ. Dacă receptivitatea terenului, fragilitatea personalității, predispoziția la morbiditate joacă un anumit rol în această psihopatologie reacțională, nu este mai puțin adevărat că evenimentul vital specific va rămâne factorul declanșator al decompensării psihice. Tocmai în cadrul unor mari studii epidemiologice asupra unor populații întinse acest element etiologic a căpătat o importanță atât de mare încât a fost introdus în clasificarea maladiilor mentale din DSM-III, din DSM-III R, în axa IV rezervată „severității factorilor de stres psihosociali". Astfel, pe această axă, găsim exemplificate *evenimente acute* (engl. *acute events*), după gravitatea lor:

– ușoară: ruptură sentimentală, început sau sfârșit de școlaritate, plecare a unui copil din casă;

– mijlocie: căsătorie, despărțire, pierdere a locului de muncă, pensionare, avort;

– severă: divorț, nașterea primului copil;

– extremă: moartea soțului, descoperirea unei maladii fizice grave, viol;

– catastrofică: moartea unui copil, sinuciderea soțului (soției), catastrofă naturală, situație de ostatic.

Trebuie raportat la biografia specifică fiecăruia evenimentul capabil să lovească un subiect.

Nu trebuie uitat că răsunetul afectiv, acțiunea patogenă a unuia dintre aceste evenimente vitale nu sunt comprehensibile decât pornind de la semnificația pe care o capătă pentru subiect în funcție de întreaga viață individuală și în special de istoria sa din cea mai fragedă copilărie.

EXALTARE (engl. *exaltation*). **Stare de excitație intelectuală și psihomotorie relativ moderată, cu sentimentul de a săvârși toate acțiunile cu plăcere și bună-dispoziție.**

Destul de apropiată de euforie*, se deosebește de aceasta prin faptul că se asociază în general cu o mai mare activitate. Când depășește o anumită măsură poate să marcheze începutul unui acces maniacal.

EXAMEN MEDICO-PSIHOLOGIC (engl. *medico-psychological examination*). **Expertiză judiciară penală cerută cel mai adesea de către judecătorul de instrucție, spre a clarifica personalitatea și mobilurile acuzatului.**

Codul de procedură penală, care prevede acest examen, dispune de asemenea ca judecătorul de instrucție să procedeze la o anchetă asupra personalității inculpatului, ca și asupra situației lui materiale, familiale și sociale. Examenul medico-psihologic constituie, împreună cu ancheta de personalitate și examenul medical, dosarul personalității inculpatului. El este considerat cu totul oportun în cazul în care inculpatul este în vârstă de mai puțin de douăzeci și cinci de ani; având în vedere natura delictului (lovituri și răniri voluntare, delicte sexuale, incendiu premeditat); în cazul posibilității pronunțării dizgrațierii de către

părinți; în cazul unei decizii de amânare, cu admiterea unui regim de semilibertate.

După textele de instrucție generală, acest examen, „care utilizează testele și toate celelalte mijloace ale psihologiei moderne, tinde să releve aspectele personalității delincventului considerat ca răspunzând normalului (afectivitate, emotivitate etc.), să-i determine nivelul de inteligență, de abilitate manuală, de atenție, oferind date utile pentru înțelegerea modelelor delictului și pentru tratamentul delincventului. Încredințat unor *medici psihiatri*, acest examen are drept obiect să determine dacă perturbațiile și personalitatea pot fi situate în ansamblul afecțiunilor psihopatologice cunoscute. În afară de aceasta, examenul tinde să permită un pronostic privind evoluția ulterioară a comportamentului și un aviz privind tratamentul de avut în vedere".

Acest examen, practicat de un expert înscris pe lista experților judiciari, se poate aplica atât minorilor cât și majorilor. Mai mult, magistratul instructor poate prescrie ca examenul medico-psihologic să fie efectuat de o echipă care, pe lângă psihiatru, să cuprindă un psiholog și o asistentă socială. În orice caz, această măsură se înscrie într-un proces de apărare socială.

EXCITAȚIE (engl. *excitation*). **Stare tranzitorie sau prelungită de exaltare, cu hiperactivitate a funcțiilor mentale și psihomotorii, care se asociază în general cu agitație motorie, hiperexpresivitate emoțională și o mare locvacitate, cu un discurs uneori injurios și obscen.**

Dacă este vorba de un simplu acces de excitație, cauza acestuia poate fi o emoție intensă sau o intoxicație (alcoolism, de exemplu). Dacă este vorba de o excitație durabilă izolată, ne putem gândi la o stare maniacală.

Cel mai adesea, însă, excitația face parte din tabloul clinic a numeroase stări psihiatrice grave: confuzie mentală, bufeu delirant, fază procesuală a unei schizofrenii, activare a unui delir cronic de persecuție sau pasional etc. Apare, de asemenea, în unele afecțiuni neuropsihiatrice (traumatisme cerebrale, tumori frontale, unele stadii de demență, encefalite, hemoragii meningeale etc.).

Intră, în general, într-un context de urgență psihiatrică, necesitând nu numai o sedație imediată, ci și un bilanț etiologic înainte de toate programat terapeutic.

EXHIBIȚIONISM (engl. *exhibitionism, flashing*). **Expunere la vedere, în public a organelor genitale, repetată în mod impulsiv.**

În marea majoritate a cazurilor, acest fenomen este unul bărbătesc, la adresa unei victime care, de cele mai multe ori, este de sex feminin. Exhibiționismul poate fi ocazional sau obișnuință. Dacă uneori se poate înscrie într-un registru nevrotic, îl întâlnim, de asemenea, la subiecți perverși sau psihotici.

EXOGEN (engl. *exogenous, exogenic*). **Se spune, în patologia mentală, despre orice maladie, despre orice proces morbid a căror cauzalitate depinde de câmpul exterior organismului subiectului sau personalității sale intime.**

Termenul se opune deci în mod riguros termenului *endogen**. Va fi utilizat mai ales pentru a defini depresiile provocate de evenimente exterioare, în opoziție cu melancoliile „endogene", care nu s-ar datora unor factori declanșatori din exterior, chiar dacă, de mai mulți ani, nu mai sunt

separate cu atâta rigoare aceste două forme de depresie. Gravitatea simptomelor este criteriul care are acum precădere față de această distincție etiologică discutabilă.

EXPERIENȚĂ DELIRANTĂ (engl. *delusional experience*). **Stare de conștiință cu caracter patologic, tranzitorie, caracterizată printr-o tulburare a percepțiilor externe și interne (tulburări ale clarității și luciditații câmpului perceptiv), o perturbare profundă a stării timice (angoasă sau, mai rar, euforie), o invadare halucinatorie și delirantă a întregii vieți interioare a subiectului și impresia sa că nu mai poate controla aceste fenomene (în fixitatea sau în rapiditatea lor excesivă), ca și cum le-ar suporta într-un mod automat sau străin de el însuși.**

Această experiență, zisă „primară", se poate limita la un acces deliric. Adesea, însă, ea este punctul de plecare al unui delir schizofrenic cronic, acesta putând, de altfel, să se îmbogățească cu noi experiențe delirice în cursul fazelor evolutive procesuale.

De acord cu H. Ey, putem distinge patru niveluri structurale ale acestei bulversări, a acestei destructurări a conștiinței, mergând de la cel mai superficial la cel mai profund, dintr-o perspectivă neojacksoniană:

– experiențele de anxietate sau de exaltare delirante, în cursul cărora angoasa sau euforia sunt „atât de intense încât ele bulversează chiar și percepția realității" (pseudohalucinații acustico-verbale sau vizuale, iluzii de influență, de inspirație, de posedare demonică, pe care le putem constata în anumite forme de depresie melancolică);

– experiențele de dedublare și de depersonalizare cu automatism mental care se întâlnesc la începutul sau la sfârșitul psihozelor delirante acute, în puseele schizofrenice sau ca momente fecunde sau inițiale ale psihozelor delirice cronice;

– experiențele crepusculare oniroide caracterizate de „o stare crepusculară a conștiinței, un fel de hipnoză cu puternică încărcătură imaginară", cum putem întâlni la epileptici și în unele psihoze distimice (schizoafective);

– în sfârșit, experiențele confuzo-onirice cu profundă destructurare a conștiinței, cum o vedem în confuzia mentală cu dezorientare temporo-spațială, în stările de delirium (la alcoolic, de exemplu) și în unele intoxicații (farmacopsihoze acute).

EXPERTIZĂ (engl. *expert appraisal*). **Măsură de instrucție care constă în a se proceda la constatări sau la estimări care cer cunoștințe tehnice, constatări sau estimări făcute de către un specialist anume mandatat în acest scop de o jurisdicție sau instituție.**

Unele expertize sunt calificate drept „amiabile" atunci când rezultă dintr-un acord încheiat între părți, înainte sau după ivirea unui litigiu. Alte expertize se numesc „oficioase", atunci când sunt efectuate la cererea unei persoane, fie pentru trebuințele unei proceduri în curs de desfășurare sau proiectată, fie în afara oricărei proceduri.

Este clasic să se recunoască că există numeroase tipuri de expertize psihiatrice, a căror natură ține de cadrul juridic în care ele se înscriu. Astfel, se disting expertize în materie penală sau civilă, în materie de securitate socială, în materie de pensionări militare de invaliditate etc. Expertizele penale sunt cele mai ilustrative în ceea ce privește specificitatea psihiatrică. Cu unele excepții, expertizele penale sunt totdeauna

practicate de experți înscriși pe listele dresate anual de către curțile de apel sau stabilite de către biroul Curții de casație. Orice jurisdicție de instrucție (judecător de instrucție, cameră de acuzație) sau de judecată (tribunal sau curte) poate — fie la cererea ministerului public (procuror, substitut), fie din oficiu, fie la cererea părinților — să ordone o expertiză. Misiunea experților, care nu poate avea ca obiect decât examinarea problemelor de ordin tehnic, este precizată în decizia care ordonă expertiza. Acest document indică și răgazul acordat experților, răgaz care este de cele mai multe ori de două luni.

EXPERTIZA PSIHIATRICĂ ÎN APLICAREA ARTICOLULUI 64 DIN CODUL PENAL. Cu excepția unui caz particular, orice infracțiune penală se compune din trei elemente: un element legal, adică un text legal expres; un element material, adică un fapt (act sau omisiune) formal stabilit; un element moral, anume cunoașterea importanței actului și accesul la libera alegere.

Existența primelor două elemente face să fie recunoscută culpabilitatea autorului lor. Dar, pentru a fi declarat responsabil, se cere să fie prezent și elementul moral. Or, între teoria liberului arbitru și aceea a pozitiviștilor care, dimpotrivă, neagă orice posibilitate de liberă alegere, se admite actualmente că asupra oricărei persoane își exercită influența o prezumpție legală de libertate de alegere. Trebuie înlăturate situațiile pe care legea le recunoaște ca exoneratoare de responsabilitate (legitima apărare, de exemplu).

Codul penal dispune, din 1810, că „nu există nici crimă și nici delict când inculpatul era în stare de demență în timpul acțiunii sau când a fost constrâns de o forță căreia nu i-a putut rezista". Expertiza psihiatrică are deci drept scop să infirme prezumția legală de imputabilitate, făcând dovada că subiectul era în stare de demență sau de constrângere în momentul săvârșirii actului prohibit. Îndoiala nu-i este de folos acuzatului, însă poate fi reținută o responsabilitate atenuată.

În practică, din 1986, judecătorul de instrucție (cel mai adesea) desemnează un expert unic, în afară de cazul în care circumstanțele justifică desemnarea mai multora. Mai înainte erau în mod sistematic numiți doi experți. Rostul expertizei nu s-a schimbat din 1959 încoace, reproducând cel mai adesea articolul C 345 din Instrucția generală de aplicare a Codului de procedură penală, care cere să se dea răspuns la următoarele întrebări: examinarea subiectului dezvăluie la el anomalii mentale sau psihice? (dacă este cazul, să se descrie și să se precizeze la care afecțiuni se referă ele); infracțiunea reproșată subiectului este sau nu în relație cu respectivele anomalii?; prezintă subiectul o stare periculoasă?; este subiectul pasibil de o sancțiune penală?; este subiectul curabil sau readaptabil?

Adesea se adaugă o a șasea întrebare, care cere să se arate dacă aceste anomalii sunt de natură să-l facă pe subiect a fi considerat în stare de demență în sensul articolului 64 din Codul penal sau, dimpotrivă, să i se atenueze responsabilitatea, și în ce măsură.

Termenul de *demență*, cu toate că nu este definit în mod legal, este luat în sens larg: psihoze cronice, arierație mentală profundă, demență senilă, bufeu delirant. Oricum, acuzatul este examinat cel mai adesea în stare de arest, după care expertul își înaintează raportul judecătorului care l-a

desemnat. Rareori acesta nu dă curs avizului expertului. Pe de altă parte, părțile pot să ceară o contraexpertiză și o supraexpertiză. Dacă magistratul emite o ordonanță de neurmărire, cel în cauză face atunci obiectul unei internări într-un spital psihiatric, printr-o decizie a prefectului.

EXAMENUL MEDICOPSIHOLOGIC. Fiind o expertiză, acest examen este realizat prin aplicarea articolului 31 al Codului de procedură penală. El nu are drept scop cercetarea unei „stări de demență", ci descrierea dinamică a aspectelor personalității delincventului și mai buna înțelegere a mobilurilor crimei sau delictului.

EXPERTIZELE LA MINOR. Ordonanța din 2 februarie 1945, deși de mai multe ori remaniată, definește în prezent statutul penal al minorului în Franța. Minorul face obiectul unui privilegiu de jurisdicție: judecător pentru copii, tribunal pentru copii și curte cu juri pentru minori. În principiu, condamnarea trebuie să fie excepție, iar reeducarea să fie calea normală. Dacă un minor este condamnat, el beneficiază și de „scuza de minoritate", ceea ce înseamnă că pedeapsa trebuie redusă în proporții variabile. Cu toate acestea, ca și delincventul major, minorul poate face obiectul unui examen psihiatric întru cercetarea unei stări de demență; la fel, poate face obiectul unui examen medicopsihologic.

Acesta din urmă, potrivit textelor de instrucție generală, utilizează testele și toate celelalte mijloace ale psihologiei moderne; el tinde să dezvăluie aspectele personalității minorului considerate ca răspunzând normalității (afectivitate, stăpânire de sine, emotivitate etc.), să determine nivelul de inteligență, de îndemânare manuală, de atenție, furnizând date utile pentru înțelegerea mobilurilor delictului și pentru tratamentul tânărului delincvent.

O anchetă socială recoltează informații privind situația materială și morală a familiei, caracterul și antecedentele minorului, frecvența școlară, atitudinea sa la școală, condițiile în care a fost crescut. Astfel sunt culese cât mai multe informații care permit individualizarea la maximum a măsurilor educative și/sau penale.

ALTE EXPERTIZE PENALE. Dacă suportul acuzației îl constituie mărturia unei victime, poate fi cerută o expertiză cu privire la acea victimă. Sunt frecvente cazurile în care este vorba de prejudicii sexuale *a fortiori* când avem de-a face cu copii sau adolescenți. Infracțiunile sexuale comise pot fi exhibiționismul, atentatul la pudoare, incestul sau violul.

Alte sarcini de expertiză pot cere avizarea tehnică a credibilității declarațiilor inculpatului; avizarea privind mărturisirile și / sau retractările; avizarea evaluării ecoului psihologic al tarelor fizice; avizarea privind capacitatea inculpatului de a recunoaște sau de a participa la o reconstituire.

La începutul detenției provizorii, se poate cere expertului să ateste dacă acuzatul prezintă semne clinice de utilizare a unor droguri sau semnele unui sindrom de sevraj sau ale riscului de a prezenta un asemenea sindrom. În aceste situații, magistratul instructor poate decide un transfer în serviciul de psihiatrie, în mediu spitalicesc sau penitenciar.

Bibl.: Raymond, S.G., *Les expertizes en sciences humaines: psychiatrie et psychologie*, Privat, Toulouse, 1989.

EY (Henry). **Psihiatru francez (Banyuls-dels-Aspres, 1900 — id., 1977).**

A fost apărătorul organodinamismului în psihiatrie. După studii medicale la Toulouse, apoi la Paris, a devenit medic-șef la spitalul psihiatric din Borneval (Eure-et-Loir), în 1933. Rămâne aici până la pensionare, predând în același timp la Paris (Spitalul Sainte-Anne) un curs de clinică și psihopatologie, nerecunoscut de universitate, dar foarte frecventat de studenții în psihiatrie din perioada 1935–1970. Organizează, ca secretar general, primul Congres internațional de psihiatrie, în 1950, și fondează Asociația mondială de psihiatrie, în 1961. În sfârșit, conduce revista *L'évolution psychiatrique*, din până 1947 în 1971.

Foarte cultivat și profund interesat de istoria specialității sale, a redactat mai întâi cele trei volume de *Études psychiatriques* (1948–1954), care prezintă tocmai cursul său din acei ani. A fost însă mai ales promotorul unei concepții organodinamice a maladiei mentale, explicitată în principalele sale lucrări: *La conscience* (1963), *Traité des hallucinations* (1973) și mai ales *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975), în care dezvoltă pe larg modelul său explicativ, așa cum l-a descris pentru prima dată cu J. Rouart, într-un articol din revista *l'Encéphale*, în 1936. Acest model, elab- rat în lumina concepțiilor lui H. Jackson P. Janet cu privire la ierarhia nivelurilor d dezintegrare funcțională a activităților neurologice și cerebrale superioare, con- duce la o teorie psihopatologică, teorie c face ca maladiile mentale să apară ca „mo- dalități de descompunere (de disoluție) corpului psihic căruia ființa conștientă constituie forma". Acest neojacksonis conduce la admiterea, pentru fiecare maladie mentală, a unor semne negativ sau de deficit, care exprimă afectarea org- nică a funcției cerebrale specifice, și a unor semne pozitive de eliberare de funcți inferioare, mai arhaice, până acum contro- late și inhibate de acea funcție cerebro- psihică superioară lor. Există deci în spatele acestei teorii un *a priori* evoluționist și mai ales funcționalist care restabilește o organogeneză a maladiei mentale, totuși recuzată inițial de H. Ey din cauza reduc- ționismului ei „mecanicist". În cele din urmă el va conchide că „orice formă psiho- patologică cere pentru formarea sa, simul- tan și laolaltă, o tulburare organică primordială și o structură psihologică ne- cesară care constituie fenomenologia, baza existențială".

Bibl.: Albernhe, Th., Roux, J., *La pensée de Henri Ey*, Éditions Médicales Specia, Paris, 1990.

F

FABULAȚIE (engl. *fabrication, fabulation*). **1) Povestire fantastică și extraordinară istorisită de subiectul care a născocit-o de parcă ar fi vorba de fapte reale trăite de el. 2) Faptul de a construi și istorisi o asemenea poveste.**

Se poate distinge o fabulare normală, obișnuită la copil, începând cu fenomenul însoțitorului imaginar la vârsta de trei ani și până la reveriile imaginative din primii ani ai adolescenței, când identificările cu eroi de roman, de filme sau de benzi desenate sunt povestite ca un fel de cvasi-irealitate, și o fabulație patologică care ține fie de mitomanie, fie de delirul de imaginație. În acest din urmă caz subiectul nu este conștient de faptul că este fabulator și își va lua producțiile imaginative drept amintiri autentice.

Confabulațiile sunt o formă particulară în care fabulația are loc potrivit capriciului discursului și dialogului cu semenul (A. Brillat-Savarin vorbea de „confabulațiile de masă" în care se lasă antrenați comesenii după un prânz sau o cină copioasă). Ele sunt patologice atunci când se datorează unui deficit de memorie anterogradă cu o uitare pe măsură, ceea ce îl face pe bolnav să confabuleze spre a-și umple lacunele mnezice, ca în psihoza Korsakov*.

FADING (termen englez). **Formă discretă de baraj care constă în oprirea progresivă a cursului gândirii (fading mental) sau a unei secvențe motorii.**

Fenomenul este caracteristic schizofreniei.

FALRET (Jean Pierre). **Medic alienist francez (Marcilhac, Lot, 1794 — id., 1870).**

A individualizat nebunia circulară. Elev al lui P. Pinel și E. Esquirol, Falret devine medic la Salpêtrière (1831) și director fondator al casei de sănătate din Vanves (unde se va retrage în 1869). A fost îndeosebi tentat să individualizeze maladiile mentale, studiind mai întâi ipohondria, în 1822, apoi ceea ce va numi „nebunia circulară", în care reunește în aceeași entitate morbidă (nosologică) faza de excitație maniacă și faza de „depresie" (termen utilizat pentru prima oară în psihiatrie, ale melancoliei (lipemania descrisă de Esquirol), în 1854. Această maladie, caracterizată de evoluția sa în perioade, va deveni la E. Kraepelin psihoza maniaco-depresivă.

FALSĂ CONȘTIINȚĂ (engl. *false consciousness*). **Câmp de studiu al discursurilor delirante care înglobează atât cazuri clinice individuale de psihoze, nebuniile în doi, psihoze de casă, de palier și de cartier, cât și discursul ideologic.**

Dintre discursurile ideologice care țin de falsa conștiință putem menționa nazismul, stalinismul, maccartismul etc. Potrivit formulei lui Engels, „ideologia este un proces pe care așa-zisul gânditor îl realizează desigur în mod conștient, dar cu o falsă conștiință". Această noțiune implică faptul ca structurile ideologice care, după formula lui Cesari, „captează locul unei realități", să prezinte uneori o dimensiune derealistă mai mult sau mai puțin marcată; și se întâmplă ca „logica" care subtensionează unele ideologii să fie în mod bizar înrudită cu „raționalismul morbid" identificat din 1923 de către Minkowski. Aspectele cele mai caracteristice ale falsei conștiințe, în număr de două, sunt structura maniheistă a discursului ideologic, pe care Minkowski a descoperit-o în discursul schizofrenicilor, și abuzul de identificare (sau extrapolarea ilegitimă, după Whitehead), care este o trăsătură comună a „logicii" ideologice și a raționalismului morbid.

Pe plan strict psihopatologic, abuzul de identificare, ca tulburare semantică și schizofrenică, a fost identificat de un filosof și logician pasionat de construirea unei semantici științifice, Alfred Korzybski (1933). El pretinde că falsa cunoaștere (*false knowledge*) generează nebunia (*insanity*). În diverse conferințe ulterioare (1937), el susține că în demența precoce (schizofrenie) există o tulburare la nivelul funcției aflate la baza limbajului (*colloidal over dispersion*). Abuzul de identificare ca ipoteză clinică a fost confirmat de J. Gabel, iar mai târziu de S. Arieti, falsa conștiință constituind un domeniu de cercetare în care psihopatologia clinică și sociologia nașt
sunt legate printr-un schimb reciproc
date.→ DELIR; RAȚIONALISM MORB
SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Arieti, S., *Interpretation of Schizophre*
Basic Books, New York, 1974 (2-e éd.); Ce
G., *Critique de la raison délirante*, Anthrop
Paris, 1984; Devereux, G., *Études d'ethnopsyc
atrie générale*, Gallimard, Paris, 1970; Gabel,
„Délire politique chez un paranoïde", in *E
lution psychiatrique*, 2, 1970; Gabel, J., *La fa
conscience*, Éditions de Minuit, Paris, 19
Korzybski, A., *Science and Sanity*, The in
national non-Aristotelian Library publish
company, Englewood, New Jersey, 19
Korzybski, A., *General Semantics Sem
Englewood, New Jersey, 1937; Minkowski,
Fursac, R. de, „Le rationalisme morbide",
Encéphale, 1923; Minkowski, E., *La sch
phrénie*, Payot, Paris, 1927; Minkowski, E.
temps vécu, D'artrey Reprint, P.U.F., P
1933; Todd, E., *Le fou et le prolétaire*, Laffo
Paris, 1979.

FALSĂ RECUNOAȘTERE (en
misidentification). **Tulburare de identi
care perceptivă caracterizată de fap
că subiectul are impresia că recunoa
persoane diferite de acelea care se a
realmente în câmpul percepției sale, s
persoane care îi sunt familiare în loc
acelora, străine, care i se prezintă.**

Este deci posibil, mai ales în ultim
caz, să avem de-a face cu o paramnezie
Cel mai adesea, însă, este vorba de o star
confuzională care se asociază, eventual, c
tulburări de memorie, ca în psihoz
Korsakov*. În alte cazuri falsa recunoaște
este delirantă și se poate manifesta s
patru forme diferite: sindromul sosiilor s
iluzia dublilor, descrisă de J. Capgr
sindromul Fregali, în care pacientul cred
a-și recunoaște propriul persecutor

rsoanele cele mai diverse pe care le întâl
ște; sindromul de intermetamorfoză sau
credință în transformarea unei persoane
ăine în alta foarte apropiată pacientului
P. Courbon și J. Tusques); delirul dublu
i, în care subiectul, ca Goliadkin, eroul ro
anului lui Dostoevski, se crede persecutat
de propria-i imagine din oglindă (heauto
copie delirantă). → ILUZIA DUBLILOR.

FARMACODEPENDENȚĂ (engl. *drug dependency*). **Stare psihică și câte
dată și fizică ce rezultă din interacți
nea dintre un organism viu și un
drog, stare caracterizată prin modificări
de comportament și alte reacții care,
întotdeauna, includ impulsia de a lua
drogul în mod continuu sau periodic,
spre a-i regăsi efectele psihice și uneori
spre a evita indispoziția lipsei drogului.**

Această definiție corespunde aceleia propuse în 1969 de experții Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), pentru a înlocui termenii de *toxicomanie* și *obișnuire*. Ea adaugă faptul că această stare se poate sau nu însoți de toleranță (adaptarea organismului la o substanță necesitând o creștere a dozelor spre a se obține același efect).

Dependența fizică este o „stare adaptativă caracterizată de apariția de tulburări fizice intense atunci când administrarea drogului este suspendată sau când acțiunea sa este contracarată de un antagonist specific" (O.M.S., 1964). Aceste tulburări constituie sindromul de sevraj. Toxicomanii sunt „acroșați" la drog și se află deci în situația de „deficit" atunci când sunt „decroșați".

Dependența psihică este o „stare în care drogul produce un sentiment de satisfacție și o impulsie psihică care cere administrarea periodică sau continuă a drogului, spre a provoca plăcere sau a evita indispoziția" (O.M.S., 1964).

Potențialul de dependență fizică este aptitudinea unui medicament de a servi drept substitut altuia, de care organismul a devenit în prealabil dependent.

Această definiție se vrea mai obiectivă decât vechea noțiune de toxicomanie, încărcată de conotații istorice subiective. Dar ea eșuează tocmai în discernerea unei entități și tinde, voind să o precizeze, la dezmembrarea sa. A nu reține din toxicomanie decât dependența, cum fac unii autori anglofoni cu termenul *addiction* („obișnuire"), este a pune pe același plan conduite cu semnificații și consecințe extrem de diferite. Pe plan sociocultural există deosebiri nete între dependențele la diferite tipuri de drog: licite (alcool, tutun, medicamente) și ilicite (mai mult sau mai puțin „dure"). Din punct de vedere clinic, dependența este un element-cheie al oricărei toxicomanii, dar insuficient spre a rezuma acest concept. Tendința la obiectivare tinde să facă din dependență un concept științific, comportamental, ba chiar măsurabil. Dependența umană nu poate fi de fapt abordată fără a fi luate în considerare poziția subiectului, angajamentul acestuia în dependență sau toxicofilia sa. Ea nu se poate reduce la cercetări farmacologice și comportamentale pe animale de laborator. Zooexperimentele nu permit, de fapt, decât o slabă previzibilitate a puterii toxicomanogene a unui medicament nou. Pentru psihanaliști această noțiune trimite la dependența infantilă, la dificultățile despărțirii, la dificultatea de a trăi doliul, la depresie sau la anaclitism (→ DEPRESIE ANACLITICĂ). Din punct de vedere fenomenologic, farmacodependența este întotdeauna un fenomen complex, care face parte dintr-un mod de a ființa în lume și cu ceilalți: se regăsesc aici atât liniștea dependenței de un obiect în aparență posibil de

dominat cât și o relație specială cu ceilalți, cu plăcerea, cu riscul, cu legea.

FARMACOMANIE (engl. *pharmacomania*). **Abuz de medicamente, utilizate în afara indicațiilor date de medic.**

Spre deosebire de toxicomanie, atașarea subiectului față de un medicament se apropie de o obișnuință devenită compulsivă. Acțiunea farmacologică joacă un rol secundar, chiar dacă se poate vedea apărând un fenomen de toleranță care conduce la mărirea dozelor.

Farmacomanul sau farmacofilul este mai ales un nevrozat a cărui angoasă poate rămâne difuză sau se poate structura într-un mod fobic, obsesional sau ipohondric. El se teme de orice modificare de prescripție care, crede el, ar determina în mod inevitabil o reemergență a tulburărilor. Pe când toxicomanul care deturnează un medicament de la utilizarea sa este în căutarea unei plăceri imediate, farmacomanul îl utilizează ca pe un obiect contrafobic. Apetența sa păstrează o anumită funcție terapeutică, neducându-l la dezinserție socială. Toxicomanul recurge la calea parenterală, la posologii rapid sporite, pe când farmacomanul respectă calea de administrare indicată de medic, cu o posologie care poate rămâne minimă, dar pe parcursul unei lungi perioade.

Deși farmacomania poate privi tot felul de medicamente (laxativele, de exemplu), în cauză sunt cel mai adesea psihotropele. În Franța, statisticile Casei naționale de asigurări pentru boală pe anul 1987 arată că printre cei 30 de compuși de maximă prescripție figurează 10 psihotrope. Toate sunt tranchilizante sau hipnotice din clasa benzodiazepinelor. Benzodiazepinele conduc la o dependență fizică după o utilizare regulată timp de câteva luni, în doze uzuale. Dar există, de asemenea, reacții de ricoșeu, fără fenomen de sevraj veritabil: subiecții anxioși pot în acest caz să fie determinați să ia benzodiazepine într-un cadru care rămâne terapeutic. Ricoșeu și reacție de sevraj pot, de altfel, să coexiste. În consecință, limita este adesea greu de determinat între dependența fizică și simplul abuz de medicamente care caracterizează farmacomania.

FARMACOPSIHOLOGIE (engl. *pharmacopsychology*). **1) Disciplină care studiază efectele la om ale substanțelor chimice și capacitatea lor de a induce tulburări mentale. 2) Pentru unele școli sinonim al psihofarmacologiei. (În primul său sens, termenul *farmacopsihologie* este de apropiat de cei de *farmacopsihiatrie* și *psihiatrie experimentală*.)**

În secolul al XIX-lea, J. Moreau de Tours (1845) remarcă la consumatorii de hașiș o disociere psihică, pe care psihiatria germană o va defini mai târziu drept „*Spaltung*"-ul caracteristic schizofreniei. Cu ajutorul mescalinei, unul din alcaloizii cactusului mexican (peyotl), este posibil să se provoace în mod artificial la subiecți sănătoși stări psihotice, cum a făcut W. Mayer-Gross înainte de cel de al doilea război mondial. Aceste stări, cu o durată mai scurtă decât autenticele tulburări mentale, sunt de asemenea trăite cu un anumit grad de autocritică privitor la fenomenele psihice anormale.

În 1943, chimiști care lucrau cu derivați ai cornului-de-secară (ciupercă parazită a cerealelor) au trăit fenomene halucinatorii. Acestea au putut fi raportate la lisergamidă sau L.S.D. 25, care poate induce tulburări mentale reversibile, evocând, în cazul unor doze foarte slabe, schizofrenia. Or, L.S.D., structură indolică apropiată de serotonină, activează receptorii serotoninergici. Astfel,

perturbații metabolice care par a sta la originea unor tulburări psihiatrice nu corespund nici unei leziuni neuroanatomice. Cu toate acestea, până astăzi nu s-a putut demonstra că un proces neurochimic este necesar și suficient pentru a explica o tulburare psihică. Dar liganți ai unor receptori pot fi utilizați pentru a suscita în mod artificial stări patologice cărora dorim să le studiem sensibilitatea la diferite substanțe psihotrope. Astfel, m–clorofenilpiperazina (m-C.P.P.), agonist al receptorilor serotoninergici, agravează simptomele obsesionale, pe care apoi le putem reduce cu ajutorul altor compuși serotoninergici.

Toxicomanii care recurg la L.S.D. și la amfetamine în doze mari își provoacă involuntar psihoze experimentale și prezintă stări schizofrenice acute. Utilizarea regulată a drogurilor conduce la o sărăcire a activității și afectivității similare stării deficitare din schizofrenia cronică. Adesea este greu să se facă deosebirea între farmacopsihoze și psihozele endogene.

În sfârșit, barbituricele cu durată scurtă de acțiune și amfetaminele în doze mici rămân utilizate în clinică, în narcoanalize, pentru a dezinhiba pe unii pacienți și a dispune de elementele unui diagnostic sau pentru a facilita psihoterapia. → PSIHOFARMACOLOGIE.

Bibl.: Snyder, S., *Les drogues et le cerveau*, „Pour la Science", Belin, Paris, 1990.

FASCICUL GENICULAT (engl. *geniculated tract*). **Fascicul de fibre motorii cortico-nucleare care leagă cortexul frontal motor de nucleii bulboprotuberanțiali ai nervilor cranieni.**

Lezarea sa (cel mai adesea de origine arteriopatică) se manifestă printr-un sindrom pseudobulbar, în care motilitatea automată este conservată, pe când motricitatea elementară este extrem de perturbată.

FENOBARBITAL (engl. *phenobarbital*). **Denumire curentă a acidului feniletilbarbituric.**

Fenobarbitalul, a cărui formulă este $C_{12}H_{12}N_2O_3$, este capul de serie al substanțelor barbiturice. Este utilizat ca antiepileptic, anticonvulsivant și hipnotic. Celelalte acțiuni biologice ale sale (depresie respiratorie, inducție de enzime hepatice) nu sunt utilizate în terapeutică. Tratamentele prelungite cu fenobarbital pot modifica acțiunea altor medicamente și mai ales să diminueze efectul multora dintre ele: contraceptive orale, anticoagulante. Mai mult, se poate observa o dependență, cu anxietate, tremurături, halucinații, febră și convulsii în caz de sevraj brusc. Intoxicația acută poate provoca o comă gravă, cu depresie a respirației și hipotermie.

FETIȘISM (engl. *fetishism*). **Deviație sexuală caracterizată de un atașament erotic față de obiecte, mai ales piese de vestimentație, aparținând sexului opus (încălțăminte, mănuși, eșarfe, batiste), uneori în contact cu organele genitale (slipuri, lenjerie de corp).**

Descris pentru prima dată de A. Binet (*Revue philosophique*, 1887), „fetișismul erotic" nu permite satisfacția sexuală decât prin contactul sau vederea obiectului-fetiș. Pentru psihanaliști este vorba de o defensă contra angoasei castrării, care îl duce pe copil la o veritabilă negare a absenței penisului la mama sa. Obiectul-fetiș ar fi în acest caz echivalentul acelui „falus matern" a cărui manifestare simbolică ar apărea în unele veșminte și, într-un mod mai metaforic, în șuvițe de păr și blănuri. Dacă fetișismul este îndeosebi masculin (A. C. Kinsey,

1948), se constată și la unele femei care valorizează mai ales o caracteristică vestimentară sau corporală a partenerului (barbă, mustață, pilozitate toraco-abdominală abundentă, talie înaltă etc.). Fetișismul apare mai ales la subiecți imaturi pe plan afectiv, în general anxioși și timizi. Este de resortul unei psihoterapii de inspirație psihanalitică.

FIBRĂ NERVOASĂ (engl. *nerve fiber*). **Prelungire a unui neuron, de formă alungită și extrem de subțire, de ordinul a 0,5–20 micrometri sau μm.**

Acest termen desemnează axonul în general, precum și dendrita în cazurile unor celule senzitive ale ganglionilor rahidieni. Sunt divizate în categorii, după cum dispun sau nu de o teacă de mielină cât și după diametru. *Fibrele A*, cu teacă de mielină groasă, regrupează numeroase fibre senzitive sau motorii. Se împart în subcategorii, după diametrul și destinația lor. *Fibrele B*, cu teacă de mielină subțire, sunt fibre destinate comenzii ganglionilor vegetativi. *Fibrele C* sau amielinice sunt fie motorii, pentru comanda viscerelor, fie senzitive, vehiculând mesaje cutanate, musculare și viscerale.

FLASH (termen englez). **Senzație puternică și scurtă, în general plăcută, simțită de un toxicoman la injectarea intravenoasă a drogului (*shoot*).**

Această senzație fulgurantă, adesea comparată cu un orgasm generalizat la întregul corp, uneori localizată (la cap, la organele genitale), alteori însoțită de senzație de căldură, de furnicături etc., face parte din mitologia toxicomanică. Experiența poate sta la originea clasicului *„coup de foudre"* pentru un drog. Așa-numitul *flash-back* desemnează reapariția efectelor unui drog, fără ca acesta să fi fost luat (există îndeosebi episoade de *flash-back* halucinogene).

FLIPPER (engl. *to flip* sau *to flip out*). **Trăirea unei indispoziții psihologice în cazul luării unui drog sau în cazul opririi intoxicării.**

Termenul *flipper* poate desemna stări de angoasă, chiar de depersonalizare care survine în cazul unui *voiaj nefast* (engl. *bad trip*) cu halucinogene. În mod mai obișnuit corespunde unor sentimente de neliniște și de depresie care însoțesc o reducere a *speed*-ului (amfetamine) sau cocainei. Prin extensie, toate fazele angoasei sau depresiei pot fi astfel denumite de către toxicomani.

FOBIE (engl. *phobia*). **Teamă irațională și continuă de un obiect, de o ființă vie sau de o situație determinată care, în ele însele, nu prezintă nici un pericol.**

Subiectul este conștient de iraționalitatea fobiei sale și suferă de faptul că comportamentul său este determinat de evitarea stimulului fobogen și de teama de a nu fi confruntat cu el în mod inopinat.

FOBIILE SIMPLE. În populația generală, fobiile sunt frecvente, iar natura lor este extrem de diversă. Fobiile se numără cu sutele, iar unele subzistă întreaga viață. Altele se estompează și chiar dispar în mod spontan, o dată cu înaintarea în vârstă. Ele pot să nu se înscrie în nici un context etiopatogenic, nejenându-l decât în mod moderat pe subiect atâta timp cât nu este confruntat cu stimulări fobogene. Este cazul *fobiilor simple*, referitoare la animale mici (șoareci, păsări, șerpi inofensivi) sau la insecte, care prevalează la femei, teama de obiecte (arme de foc, pahare sparte etc.) sau situații (de exemplu, călătoria cu avionul, faptul de a te găsi într-un spațiu îngust, în metrou, sau pe un loc înalt).

Ne putem pune întrebarea dacă aceste fobii simple nu sunt transmise pe plan cultural sau dacă nu au un rol de protecție pentru individ, cum este cazul unor frici infantile, care, ca frica de întuneric, nu se mai manifestă la vârsta adultă.

FOBIILE CARE PERTURBĂ VIAȚA COTIDIANĂ. Alte tulburări fobice exprimă o serie de evitări și de manifestări emoționale care pot căpăta un caracter obsesional, perturbând viața cotidiană a subiectului: fobia socială și agorafobia.

Fobia socială se manifestă printr-o evitare a situațiilor în care subiectul ar putea fi observat și criticat de ceilalți: luarea cuvântului în fața mai multor persoane, frecventarea unui restaurant; abordarea unor chestiuni sexuale etc.; teama de a roși, de a tremura, chiar de a voma poate însoți aceste fobii. Ele apar din adolescență, uneori mai devreme. Ca și fobiile simple, pot să treacă neobservate de către anturaj atâta timp cât subiectul, cu prețul unor strategii psihice epuizante, reușește să se sustragă acestor situații sociale.

*Agorafobia** desemnează etimologic teama de a se găsi în locuri publice, de unde este greu să ieși repede. În prezent, acest termen are un sens mai larg: el înglobează frica de deplasare (traversarea unei străzi, trecerea peste un pod sau printr-un tunel, de exemplu) sau de intrare în unele locuri închise, cum sunt ascensoarele, sălile de cinematograf sau marile magazine, care sunt temute de claustrofobi*.

Tulburările agorafobilor, ca și acelea ale altor numeroși fobici, diminuează sau pot chiar să nu se manifeste atunci când ei sunt însoțiți de persoane pe gustul lor, ceea ce îi face dependenți de anturaj. Manifestările lor de anxietate, care anticipează situația de care le este teamă, se asociază cu tulburări psihofiziologice: impresia de înmuiere a picioarelor, de leșin iminent, senzații de amețeală. Accesele de panică, obiect al unor cercetări recente, sunt prezente în unele forme de agorafobie și s-ar putea găsi la originea acestora. Aprehensiunile agorafobilor nu ar mai fi în acest caz legate de un stimul extern, ci ar constitui ceea ce a fost descris ca fiind „frica de frică", aceasta din urmă rămânând legată de senzații interne, a căror origine ar putea fi fiziologică sau biochimică, după cum estimează cercetătorii; în consecință, ar fi accesibile unor agenți farmacologici.

Tratamentul fobiilor este înainte de toate de resortul psihoterapiilor, al psihanalizei sau a unei terapii comportamental-cognitive care vizează să-i permită subiectului să înfrunte fără angoasă obiectul fobogen, anxietatea și efectele depresive legate de aceste fobii putând fi în paralel tratate prin chimioterapie.

PSIHAN. **Acces de panică în fața unui obiect, a unui animal sau amenajări speciale a spațiului, care funcționează ca semnale de angoasă.**

Acest simptom, care poate să apară în mica copilărie și în unele stări de nevroză și psihoză, nu exclude posibilitatea de a vorbi despre o structură fobică, pe care, de acord cu Ch. Melman, vom putea-o defini drept o maladie a imaginarului.

FREUD ȘI PROBLEMA FOBIEI: TEAMA DE CASTRARE. Fobia este o noțiune eminamente psihanalitică. S. Freud o numește isterie anxioasă. În pofida exploziei acestei noțiuni în simptome diverse apărute în isterie, în nevroza obsesională, chiar și în psihoză, se conturează o specificitate structurală a fobiei. Miza acesteia, care poate fi studiată în extrem de frecventa și pasagera fobie infantilă, este simbolizarea însăși, în legătura sa dificilă cu imaginarul.

La Freud, isteria anxioasă se opune isteriei de conversiune, în care importante forme de excitație legate cu investirea libidinală a unei reprezentări refulate conduc la un simptom somatic. În isteria anxioasă, anxietatea datorată unei reprezentări angoasante legată de sexualitate apare în ea însăși, produce o fugă care orientează investirea către o reprezentare substitutivă, care joacă atât rolul de semnal anxiogen cât și de ecran în fața adevăratei cauze a anxietății, care este de găsit și de definit.

Problema prezintă interes prin faptul că nici Freud și nici J. Lacan, în elaborările lor atât de novatoare pe această temă, nu au avut o poziție teoretică imuabilă. Și se poate spune că, la Freud, în pofida vindecării cazului numit „micul Hans" (1905, trad.fr. *Cinq psychanalyses*, 1954), chestiunea fobiei a fost reluată în 1926, în *Inhibiție, simptom și angoasă*, fără a fi totuși rezolvată. Care este, așadar, problema specifică a fobiei? Putem extrage din expunerea elaborării necesare a acestei probleme ceva care să ne ghideze spre ceea ce are original fobia? Freud, în analiza micului Hans, expune un caz care raportează problema fobiei, aici teama de cal, la ceea ce numim fobie infantilă, anume acel moment al copilăriei, între 3 și 5 ani poate, în care subiectul încearcă o frică irațională față de unele animale și de unele spații și în care apare astfel semnalul a ceea ce Freud teoretizează ca fiind teama de castrare. Această fobie se rezolvă cel mai adesea prin înțelegerea de către copil a ordinii care guvernează nu numai sexualitatea, ci și transmiterea și filiația.

Micul Hans nu îndrăznea să iasă din casă: el se temea ca un cal înhămat la o brișcă să nu-l muște. Se pare că el se temea mai ales ca acel cal să nu cadă și să nu facă atunci „scandal". Freud nu a condus cura direct, ci indirect, prin intermediul părinților lui Hans, care erau elevii săi. Lucrul acesta nu este indiferent în raport cu acea întrebare fundamentală a fobicului asupra transmiterii cunoașterii privind dorința și juisanța. Micul Hans, ca orice fobic, oricât de „infirm" ar fi în claustrarea sa, este plin de energie, inteligent, lucid și demistificator. El este cu plăcere ironic în fața teoretizărilor parentale care caricaturizează grosolan teoriile freudiene referitoare la complexul lui Oedip și teama de castrare, deși le recunoaște justețea. Într-adevăr, întregul travaliu intelectual al lui Hans cu privire la deosebirea dintre sexe, cu privire la modul în care vin pe lume copiii și în special sora sa Anna, pe care era atât de gelos, tăgada sa (în limba germană *Verleugnung*) în fața sexului surorii produce puțin câte puțin altceva decât panica în fața acelui substitut falic care este calul în realitatea exterioară; el admite treptat ceea ce teama de castrare îi impune să simbolizeze și este condus la o certă vindecare.

Cu toate acestea, resortul curei sale — și oare nu avem aici o indicație pentru cura fobicilor, în general? — apare în momentul în care Freud îi spune lui Hans: „Cu mult înainte ca el să fi venit pe lume, am știut că într-o zi se va naște un mic Hans care își va iubi atât de mult mama încât mai apoi va trebui să se teamă de tatăl său și l-am vestit pe tatăl său". La ceea ce Freud numește cu umor „lăudăroșenia sa hazlie", îi corespunde o intervenție care nu este o predicție religioasă, chiar dacă micul Hans îi pune deodată tatălui său întrebarea: „Profesorul stă de vorbă cu bunul Dumnezeu de poate ști dinainte toate acestea?" Desigur, Freud indică motivul însuși al fricii lui Hans: calul ar fi un substitut al tatălui în triunghiul oedipian; ar trebui, totuși, ca această istorizare a conflictului să poată

defini o prevedere inconștientă ca pe un ansamblu (Lacan îl va numi S (Ⱥ), ca spațiu al limbajului în care Hans își are locul în comunicarea semnificantă; dacă cuvântul *cal* (în limba germană *Pferd*) este o asonanță a numelui Freud, aceasta se întâmplă pentru că nu mai este doar acel element de spațiu care apare la orizont, în cruditatea sa nesimbolizabilă, ci este pentru că micul Hans a intrat în nodul care leagă filiația, numirea, comunicarea prin rețelele simbolice ale limbajului.

Drept urmare, el va putea descoperi locul fictional al teoriilor sexuale infantile în care se pot istoriza ca un joc serios diferitele locuri în care un subiect poate sta și în care castrarea poate căpăta un alt sens decât pericolul de mutilare. Vindecare imperfectă — va spune Lacan —, în măsura în care în persoana bunicii va găsi el, între mama sa și el, acel terț pe care nu-l găsește în persoana tatălui și în care paternitatea definită va fi mai ales o paternitate imaginară. Este adevărat că problema falusului și a legilor sale a putut fi pusă și că răspunsul dat se situează într-un loc dialectizat și neproiectat în realitatea exterioară a spațiului ca iminență a unui pericol care, neascultând de nici o lege, poate să apară în orice clipă și de oriunde.

În *Inhibiție, simptom și angoasă* (1926), Freud raportează fobia la o angoasă a Eului și definește astfel teama de fobie în directă relație cu amenințarea cu castrarea, pe când anxietatea isterică se manifestă prin pierderea dragostei din partea obiectului, iar anxietatea din nevroza obsesională are loc în raport cu Supraeul. Nu se pare, totuși, că aceste precizări invalidează ideea despre o noțiune impulsională refulată care ar reveni ca o percepție din exterior. Căci, chiar dacă acel concept freudian de proiecție, inventat și operatoriu în privința paranoiei, nu convine cu adevărat fobiei, în măsura în care opoziția din interior și din exterior trimite la o pregnanță imaginară care nu se poate organiza decât în impas al legăturilor dintre limbaj și modul în care subiectul se definește aici, putem spune că fobia pune problema însăși a refulării. Cu toate acestea, dacă refularea originară este în vigoare, se pare că legătura dintre cuvinte și imaginar, care se referă la spațiu și îl are în vedere, constituie o soluție originară. Se mai pune, deci, următoarea întrebare: cura unui fobic trebuie să conducă la nevrotizare? Dacă este adevărat că fobicul a inventat un întreg montaj pentru a evita castrarea și nevrotizarea care marchează simbolizarea pe care o generează, trebuie, oare, să eludăm cauza — și, poate, beneficiul — și să nu încercăm să regândim problema și mizele castrării?

IDEEA LACANIANĂ A SEMNIFICANTULUI FOBIC. În seminarul pe tema *La relation d'objet* (1956–1957), Lacan examinează aproape cuvânt cu cuvânt analiza micului Hans relatată de Freud. Acel semnificant fobic, de exemplu „*Pferd*" în cazul lui Hans, este aici definit ca semnificant bun la toate, veritabilă metaforă a tatălui care îi permite copilului să simbolizeze Realul juisanței falice, pe care el îl descoperă și care face să apară mizele oedipiene.

Obiectul fobogen este în acest caz definit de Lacan drept ceea ce, în spațiu, servește să mascheze angoasa fundamentală a subiectului. „Pentru a satisface ceva ce nu poate fi rezolvat la nivelul subiectului, la nivelul angoasei intolerabile, subiectul nu are altă resursă decât de a instiga frica de un tigru de carton." (*ibid.*) Problema este în acest caz de a ști ce leagă obiectul fobogen de semnificantul fobic;

dar aceasta nu pare abordată în mod direct la Lacan, cu toate că numai pornind de la teoria lacaniană a obiectului *a*, și în special a ceea ce se spune despre privire, ar putea fi rezolvată problema acestei articulații.

În seminarul *D'un autre à l'Autre* (1964), Lacan ia atitudine în problema justificării unei „structuri fobice": „Nu putem vedea aici o entitate clinică — spune el —, ci mai degrabă o *placă turnantă*, ceva ce trebuie elucidat în raporturile cu ceea ce ea virează cel mai adesea, anume cele două mari categorii de nevroză, isteria și obsesia, dar și joncțiunea pe care o realizează cu perversiunea."

Se pune, într-adevăr, o întrebare: cum să distingem obiectul fobic de obiectul-fetiș? Ambele întrețin un raport direct cu teama de castrare, au valoarea de semnificanți, dar amândouă sunt imaginarizate, ele reprezintă o anumită pozitivare a falusului și înlesnesc accesul la juisanța falică.

Cu toate acestea, găsim la Lacan, din 1963, într-un seminar unic, *Le séminaire des Noms-du-Père*, o indicație care va specifica, poate, obiectul fobic: „Nu este adevărat că animalul apare ca metaforă a tatălui la nivelul fobiei, fobia nefiind decât o revenire." Revenire la un totem? Nu este sigur, iar dacă Lacan revine asupra acestei întrebări, o face pentru a rafina problema legăturii dintre Numele-Tatălui și falus în obiectul fobic: se pare, după cum subliniază Melman, că animalul fobic reprezintă falusul și nu tatăl.

Putem spune că obiectul fobic operează un fel de „fuziune" între valoarea semnificantă a falusului și un *apel* la Numele-Tatălui simbolic, care adesea se determină după o paternitate imaginară? Aceste chestiuni vor căpăta o turnură importantă în seminarul R.S.I. (1974–1975), unde tocmai Imaginarul este definit ca parte egală cu celelalte două registre, Real și Simbolic, și, ca și acestea, element indispensabil înnodării [este vorba de vestitul „nod borromean", teoretizat de Lacan — notă L.G.]. La 17 decembrie 1974, Lacan redefinește angoasa drept „ceea ce din interiorul corpului ex-sistă... când se întâmplă să fie făcută sensibilă asocierea la un corp... a unei juisanțe falice". El mai spune: „Dacă micul Hans se aruncă în fobie, este în mod evident pentru a întruchipa tulburarea în fața acelui falus pentru care el inventează o întreagă serie de echivalenți care tropăie divers, sub forma cabalofobiei; [...] tocmai redându-i această angoasă, pură — dacă putem spune așa —, se reușește acomodarea lui cu acel falus." Se indică aici o direcție a curei: trecerea de la o pozitivare a falusului la ceea ce este de fapt funcția lui, operatorul simbolic ϕx, care marchează și care în același timp face să funcționeze hiatul radical dintre sexe, de îndată ce avem de-a face cu un subiect vorbitor.

CONSECINȚELE CLINICE ȘI TEORETICE ALE OPEREI LUI LACAN ASUPRA CONCEPȚIEI FOBIEI. Opera lui Lacan permite avansarea în diferitele probleme puse de fobie și, fără îndoială, formularea ipotezei unei structuri proprii fobiei; ipoteză importantă, deoarece, destul de adesea, marii fobici sunt definiți și tratați ca psihotici.

Există fobii referitoare la animale și fobii referitoare la spațiu (agorafobie, claustrofobie).

Se pare că Lacan ne-ar putea ajuta să explicităm această distincție. Este una din mizele studiului lui Melman (*op.cit.*), care privește fobia ca pe „o maladie a imaginarului". Reluând vechile descrieri ale lui

M. Legrand du Saulle (1878), el subliniază în ce măsură sunt fobogene spațiile organizate de perspectivă: locurile deșerte, unde nimic nu oprește privirea, foișoarele, înălțimile amețitoare. Să notăm că animalul, acel „automaton", țâșnește adesea din ceea ce are funcție de punct de fugă, ca și cum acest punct — indus printr-un raport la spațiul reglat de imaginea speculară, văzută și articulată de o vorbire în oglindă — nu ar mai fi atașabil la o geometrizare, ci ar putea țâșni ca un lambou de spațiu, dotat cu propria sa autonomie. Psihanaliza lacaniană, o dată cu *Les quatres concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), știe să recunoască într-un punct de fugă al unui tablou locul privirii. Or, tocmai despre aceasta este vorba în fobie: spațiul produce un pericol amenințător, însuși *realul* privirii și nu *locul* ei. Din ce cauză? Putem argumenta având în vedere o relație cu imaginarul speculară, care nu a putut fi structurată din cauza unui abandon, a unei uitări structurale a subiectului în discursul isteric al acelui mare Celălalt real, care poate fi o mamă a cărei relație simbolică cu falusul, prost asigurată, făcută în întregime din sugestie, nu trimite decât la șocurile nervoase aleatorii ale prezenței sale actuale. Aceasta face să apară o problemă importantă pentru cura fobicului: există, oare, un imaginar care să nu fie specular? Considerentul lacanian al nodului borromean ne poate permite să ne gândim la aceasta, iar acuitatea inteligentă a fobiilor, oricât de notabilă și de neputincioasă să-i vindece, poate fi clarificată. Așa se face că Melman, opunând pe nevrotic fobicului, pe acel nevrotic care plătește prin castrare un tribut simbolic marelui Celălalt, pentru juisanță, poate să scrie: „Este [...] ca și cum subiectul îi plătește Celuilalt [...] un tribut de ordinul imaginarului cu invenția animalului fobogen; [...] fobia se prezintă deci ca și cum amputarea spațiului vine în mod neașteptat să constituie tributul pe care fobicul este obligat să-l plătească." Orice nevrotic, desigur, cunoaște locuri inaccesibile, marcate de o interdicție; „dar problema este că, pentru fobic, acest tribut nu are niciodată limită: se poate întinde până la ușa casei; cu alte cuvinte, într-un fel poate da totul" (*ibid.*). Ceea ce îi permite lui Melman să spună, reluând problematica borromeană a lui Lacan, că există un raport bizar, în fobie, între Imaginar și Real. Pe când obișnuința este inelul Simbolicului care face gaură, acela al Imaginarului arătându-și consistența, iar acela al Realului fondând „ex-sistența", totul se petrece în fobie ca și cum Imaginarul ar fi marcat de dimensiunea găurii. Lucru care nu este lipsit de consecințe: este ceea ce explică jocul, echivocul la fobic dintre caracterul finit sau infinit al juisanței cu care are de-a face, juisanță falică sau juisanță a Celuilalt. Aceasta demonstrează pregnanța relației Eului cu semenul, în special cu necesarul însoțitor, din moment ce există această suspensie, această economie a castrării în relația cu falusul, care nu pune cu adevărat problema deosebirii dintre sexe. Această relație cu infinitudinea, plătită cu angoasa, e drept, îi dă fobicului acea acuitate asupra sa și a lumii care este farmecul său, cu toate că această acuitate nu este de ajuns ca să-l vindece. În aceasta constă dificultatea curei fobicilor, iar succesele veritabile, însă temporare, ale reeducărilor comportamentaliste își găsesc aici argumentele. Cu toate acestea, ele eludează și lasă neatinsă problema etică pusă de vindecare: trece ea printr-o nevrozare? Să-l citățm pe Melman: „Este Numele-Tatălui pivotul necesar pentru a se obține castrarea, sau este pivotul simptomului?"

Bibl.: Cottraux, J., Mollard, E., *Les phobies, perspectives nouvelles*, P.U.F., Paris, 1986;

Legrand du Saulle, M., *Étude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie des Allemands), névrose émotive*, Académie des sciences, Paris, 1878; Marks, I.M, *Fears and Phobies*, Heinemann Medical, London, 1975; Mazel J.B., Ferrand, L., „Les états phobiques", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie 37360 A 10, 7, 1983.

FORMAȚIE DE COMPROMIS (engl. *compromise-formation*). **Mijloc prin care elementul refulat face irupție în conștiință, unde nu se poate întoarce decât cu condiția de a nu fi recunoscut (vis, simptom nevrotic etc.).**

Prin formația de compromis acțiunea de apărare rămâne în mod paradoxal compatibilă cu satisfacerea pe ocolite a dorinței inconștiente. Dacă noțiunea de formație de compromis era, în primele lucrări ale lui Freud, rezervată formării simptomului specific al nevrozei obsesionale, ideea de compromis pare indisociabilă de concepția freudiană a formării simptomului (fie că este vorba de formația reacțională, fie de formația substitutivă). Cu toate acestea, compromisul la care duce, în general, orice producție a inconștientului (vis, lapsus, act ratat) poate fi fugară sau fragilă, putând părea uneori absentă, la o primă analiză, din anumite simptome în care prevalează mecanismele de apărare.

FOTOPSIE (engl. *photopsia*). **Halucinație vizuală elementară care are forma unei pete luminoase de mică dimensiune.**

Fotopsiile se apropie de zoopsii*, care se manifestă în accesele de *delirium tremens*.

FRIGIDITATE (engl. *frigidity*). **Imposibilitate din partea unei femei de a trăi o juisanță normală în cursul raporturilor sexuale.**

În unele cazuri frigiditatea este tot… caracterizându-se prin absența dorinței … plăcerii sexuale. Este așa-numita anafro… zie, tulburare profundă și totodată cel … bine suportată de femeie, care rareori … adresează medicului din cauza ace… insuficiențe totale. În schimb, o va f… adesea în cazul frigidităților parțiale, … care plăcerea sexuală există, dar răm… incompletă. Avem de-a face în acest caz … raritatea sau cu absența orgasmului … relațiile sexuale, care rămân satisfăcătoa… în perioada care precede juisarea finală. … va face și în cazurile de frigiditate dur… roasă sau dispareunie, o formă frecventă … acesteia fiind reprezentată de vaginism…

Distingem, după data la care apar, frigi… dități primare și secundare. Cele dintâi ap… de la primele raporturi sexuale. Frecven… la tânăra căsătorită, frigiditatea cedeaz… adesea în mod spontan de îndată ce cuplu… a dobândit o anumită dezinvoltură în viaț… intimă comună. Frigiditatea secundară sur… vine după o lungă perioadă de viață sexu… ală satisfăcătoare. La originea ei se poate … găsi o cauză organică (maladie generală … endocrină sau neurologică, sau maladii … locale: uterine, vaginale, vulvare, perine… ale etc.). Cel mai adesea, însă, cauza este … afectivă (conflict cu partenerul, adulter, … avort, tulburări nevrotice diverse).

Tratamentul este în primul rând acela al cauzei, când aceasta a putut fi determinată. În cazul unor frigidități de origine afectivă, se recomandă psihoterapia de inspirație psihanalitică, care va putea elucida conflictul subiacent: o mare teamă de castrare, o fixație oedipiană la tată, tendințe homosexuale inconștiente. Adesea, însă, simple sfaturi privind contracepția sau comportamentul partenerului pot fi suficiente. Vor fi utilizate, de asemenea, tehnici de reeducare psihosexuală, ca acelea ale lui W.H. Masters și V.E. Johnson, care permit, în două săptămâni de cură intensivă, vindecarea sau cel puțin atenuarea acestei tulburări care ar afecta 30% dintre femeile din lumea occidentală.

FROTERISM (engl. *frotteurism*). **Anomalie sexuală caracterizată prin căutarea plăcerii în actul de a atinge sau de a se freca de o persoană care nu consimte la aceasta.**

Clasificat în grupa parafiliilor în DSM-III, froterismul este diagnosticat ca atare atunci când este realmente impulsiv, asociindu-se cu fantazări intense și extinzându-se pe o perioadă de cel puțin șase luni.

FUGĂ (engl. *fugue, running away from home*). **Comportament neobișnuit și neprevăzut de fugă de la locul de rezidență.**

Caracterul insolit sau irațional al fugii, căreia trebuie să-i explicăm motivațiile, dezvăluie adesea existența unor tulburări psihologice. Se impune să facem deosebire între fugă și vagabondaj (mod de viață). Alieniștii au încercat, din secolul al XIX-lea, să atașeze această conduită la afecțiunile mentale, cum sunt clasicele fugi ale epilepticilor sau fuga isterică, săvârșită într-o stare secundă a personalității, cu amnezie mai mult sau mai puțin completă. Actualmente se face distincție între fugi ca simptome ale unei patologii neuropsihiatrice, cum sunt confuzia mentală sau schizofrenia, și comportamente impulsive, cărora este necesar să le determinăm semnificația. Perioada care precede fuga ne oferă informații privind existența unor preparative și asupra contextului sociofamilial (șomaj, mutare, marginalizare, conflict relațional). Trecerea de la fantasmă la realizare (trecerea la act) este uneori impulsivă, incoercibilă sau ezitantă. Câteodată se asociază cu modificări ale conștiinței. Relatarea fugii ca atare este adesea vagă sau reticentă, permițând uneori descoperirea altor comportamente patologice (acte antisociale, furturi pentru a se hrăni, prostituție etc.). Scopul fugii uneori dictată de necesitate poate fi fortuit sau sugerat de un terț. Starea psihologică a subiectului din acel moment ne orientează spre tulburări mentale severe (melancolie, schizofrenie sau dezechilibru psihic) sau asupra unei patologii a personalității sau reacționale care variază cu vârsta. La copilul mic, după vârsta de 6–7 ani putem vorbi de fugă. Aceasta este, în general, scurtă, îndepărtându-l de mediul familial (adesea disociat, sau factor de insecuritate afectivă) sau de școală (chiulit). Fobia față de școală este frecventă, din prima clasă, la copiii angoasați de despărțirea de mamă, iar mai târziu la adolescenți; în acest caz este vorba de simptom nevrotic. Copiii psihotici pot fugi fără motiv vădit (autiști deambulanți) sau, la aceiași copii, fuga poate dezvălui psihoza.

La adolescent poate fi vorba de o fugă solitară din cauza unui conflict familial acut, dar și de o fugă de sine însuși, care revelează dificultăți interioare (tulburări de identitate, căutarea unui grup primitor, refugiu în marginalitate), uneori chiar de o stare depresivă gravă sau de o schizofrenie incipientă. La cealaltă extremitate a vieții, bătrânul fugar este uneori debilitat intelectualicește; dar fuga poate, de asemenea, să fie expresia revoltei contra unor condiții de viață insuportabile. În unele cazuri putem apropia fuga de conduite asociale, cum ar fi dispariția unor adulți în scopul de a-și abandona căminul, escrocherii în materie de asigurare, schimbare

de identitate). Dezertări ale unor militari, evadări ale deținuților ar avea aceeași semnificație. Fugile comportă adesea complicații. Cea mai gravă este asocierea fugă–conduită suicidară.

Fuga este, așadar, un semnal de alarmă care trebuie să permită instaurarea unei supravegheri în scopul reorganizării condițiilor sociofamiliale, educative și psihologice, în scopul prevenirii recidivelor fugarului, care trebuie ajutat să-și depășească dificultățile. Aceasta necesită uneori spitalizarea, mai ales atunci când starea mentală a pacientului îl face periculos pentru el însuși sau pentru semen.

FUGĂ DE IDEI (engl. *flight of ideas*). **Succesiune rapidă a ideilor și a expresiei lor verbale, care antrenează volubilitatea și tahifemia.**

Corespunzând incapacității de a avea cu semenul o relație serioasă și imposibilității de a-și menține atenția și de a se concentra asupra unui subiect precis, această accelerare patologică a cursului gândirii este patognomonică pentru excitația maniacă.

FURIE (engl. *furor*). **Grad extrem al agitației colerice.**

Este o furie oarbă, cu obnubilație intelectuală și pierdere a oricărui simț critic. O întâlnim în unele forme acute ale maniei* și în epilepsie*, ca echivalent al crizei. În mania supraacută se caracterizează printr-o mare agitație, uneori cu riscuri grave de epuizare (hipertermie, deshidratare, dezordini metabolice). Altădată era numită „delir acut". La unii epileptici se asociază cu o stare crepusculară a conștiinței și poate sta la originea unor comportamente agresive și clastice, deosebit de redutabile, punând grave probleme medico-legale. → EPILEPSIE; MANIE.

FURTUNĂ MOTORIE (engl. *instinctive flurry*). **Formă de reacție sau de decompensare isteriformă.**

Rezultat al unei alegeri psihice invizibile, furtuna motorie, care declanșează o panică, apoi o criză isterică, este constituită dintr-un ansamblu de mișcări dezordonate care au drept funcție evitarea unui pericol. Pentru Ernst Kretschmer este vorba de un vechi mecanism filogenetic; Kretschmer citează ca model o albină care, căutând să iasă dintr-o încăpere, zboară la întâmplare până în momentul în care găsește o ieșire. → ISTERIE; NEBUNIE ISTERICĂ; SINDROM GANSER.

G

GABA sau **Gaba** (engl. *GABA*). **Abreviere a denumirii acidului gamaaminobutiric, neuromediator inhibitor, cel mai abundent din sistemul nervos central.**

Gaba este prezent în 30% dintre sinapsele centrale. Sintetizat pornindu-se de la L-glutamat, datorită acțiunii unei decarboxilaze, Gaba participă la neuromodularea a numeroase structuri cerebrale, cum sunt nucleul caudat, putamen, substanța neagră, hipocampul, talamusul, cerebelul sau măduva spinării. Pe plan fiziologic, Gaba, eliberată în fanta sinaptică, activează un receptor și provoacă prin intermediul acestuia o creștere a polarizării membranei și, drept consecință, o diminuare a frecvenței descărcării neuronului.

Receptorul la Gaba formează, împreună cu receptorul la benzodiazepine și un canal clar, un complex macromolecular care va suferi jocul interacțiunilor reciproce ale agoniștilor și antagoniștilor. Gaba participă la controlul a numeroase funcțiuni și ar putea fi implicat în diferite manifestări psihopatologice. Un deficit de Gaba apare în cursul coreei Huntington, în boala Parkinson sau în unele epilepsii. O reducție a activității gabaergice este de asemenea presupusă în fiziopatologia depresiilor. Multe medicamente care acționează stimulând sistemul Gaba și-au arătat, într-adevăr, eficacitatea în tratamentul depresiei. Antidepresorii clasici, triciclicele, ar putea exercita de asemenea un efect terapeutic, prin intermediul sistemului Gaba. Înțelegem, așadar, interesul farmacologilor pentru acest neuromediator și efortul de a dezvolta noi medicamente capabile să corecteze tulburările funcționale ale sinapselor gabaergice.

G.A.P.P. → GRUP DE AJUTORARE PSIHOPEDAGOGICĂ.

GELOZIE (engl. *jealousy*). **Sentiment provocat de teama de a fi înșelat de ființa iubită și uneori de credința că aceasta deja preferă o altă persoană.**

De la simpla gelozie neîntemeiată, preocupare anxioasă, la delirul de gelozie, veritabilă psihoză pasională, toate gradele pot fi întâlnite, cum a arătat D. Lagache în teza sa *La jalousie amoureuse* (1947). Cercetări pe termen lung (J. Ades) asupra acestei gelozii morbide au permis constatarea că aproape o treime din pacienți

prezentau tulburări psihotice (delir paranoic sau, uneori schizofrenic); jumătate prezentau tulburări nevrotice și de personalitate; restul, tulburări organice (în special sechele traumatice) sau o alcoolomanie. Alcoolul poate avea rol favorizant în trecerea la acte agresive și chiar criminale îndreptate contra persoanei iubite sau a presupusului rival. Acesta este adesea obiectul unui interes cu totul aparte din partea gelosului delirant, din cauza unei homosexualități latente pe care nu o recunoaște, această iubire homosexuală transformându-se în ură prin mecanismul inconștient al proiecției paranoice. → DELIR; PARANOIA.

GENOGRAMĂ (engl. *genogram*). **Reprezentare grafică a unei constelații familiare privind mai multe niveluri de generații.**

M. Bowen este acela care, cel dintâi, în cadrul terapiilor familiale sistemice, a pus la punct această reprezentare de informații primite de la familia care se cerea tratată. Utilizată foarte frecvent de familioterapeuți, genograma este în mod cert un bun mijloc de a aduna într-o reprezentare grafică elementele recoltate în cursul primelor convorbiri familiale și de a repera schemele transgeneraționale ale funcționării familiei. Genograma a fost deosebit de bine sistematizată de M. McGoldrick și R. Gerson.

GEOFAGIE (engl. *geophagia*). **Pervertire a gustului alimentar care îl face pe un subiect, în general psihotic sau profund arierat, să mănânce pământ sau argilă.** → PICA.

GEOMETRISM MORBID (engl. *morbid geometrism*). **Semn de schizofrenie, care se manifestă prin predominan patologică a formelor geometrice adesea simetrice în expresia grafic sau literară a unor raționaliști morbi**

Această formă de creație este pentr E. Minkowski o expresie printre altele spațializării pe care o găsim în schizofren veritabilă. Rigiditatea totalitară a gândir antitetice are deci un corolar în preciz inflexibilă a exprimării unui univers geo metrizat. → RAȚIONALISM MORBID.

GERONTOLOGIE (engl. *gerontology*). **Știința care urmărește să explice meca nismele îmbătrânirii.** → SENILITATE.

GERONTOPSIHIATRIE (engl. *geronto psychiatry*). **Disciplină medicală care tra tează tulburări mentale legate de vârst**

Îmbătrânirea populației, crescută î prezent, a făcut necesare cercetări recent de care beneficiază gerontopsihiatria, asu pra unor tulburări foarte diverse, cum sun acelea datorate reducerii facultăților sen zoriale (văz, auz) sau psihomotorii, asupra dificultăților de memorizare sau proble melor legate de condițiile de viață (seden taritate, de exemplu). Gerontopsihiatria se referă, de asemenea, la evoluția cu vârsta a maladiilor mentale manifestate anterior la subiect. Ea urmărește să trateze aceste tulburări sau să le încetinească evoluția prin prescripții de medicamente adaptate la vârsta și starea prezentă a subiectului sau prin metode psihologice.

GESTALTTERAPIE (engl. *Gestalt Psychotherapy*). **Psihoterapie bazată pe ideea că tulburările psihoafective se datorează unor „gestalturi nedesăvârșite", psihoterapie creată de F. Perls în jurul anului 1940 și larg răspândită în Statele Unite, începând din 1960.**

Pentru a se vindeca, pacientul trebuie să-și trăiască conflictele într-un fel de psihodramă pe care o joacă singur, mimând succesiv diferitele roluri ale situației sale conflictuale. Grupul terapeutic în care se găsește este în același timp martorul și publicul amplificator al descărcării emoționale care încheie ședința. Acesta îi va permite astfel pacientului să reîntregească gestalturile nedesăvârșite în istoria sa personală, conștientizându-le prin emoții și expresii corporale. Această reachiziție a limbajului corpului este, într-adevăr, esențială pentru ca pacientul să „iasă din intelectualism" și să-și regăsească „sinele" autentic, unitatea și totalitatea sa individuală, potrivit concepției lui Perls.

Acesta, de origine germană, face un fel de sinteză între diferitele curente care l-au marcat în cursul studiilor sale medicale și psihiatrice în Germania și Austria: psihologia formei, pe vremea când era asistentul lui K. Goldstein, la Frankfurt, psihanaliza, pe timpul în care a lucrat cu P. Schilder și l-a cunoscut pe S. Freud la Viena, în 1930, și influența gândirii lui W. Reich, căruia i-a fost câtva timp analizant. Fugind de nazism, pleacă în Olanda, iar în 1940 în Africa de Sud, unde scrie prima carte, veritabilă introducere în gestaltterapie: *Ego, Hunger and Agression; A Revision of Freud's Theory and Method* (1942). Ajuns la New York în 1946, va promova și dezvolta această nouă formă de psihoterapie, în colaborare cu R.F. Hefferline și P. Goodman. Apoi pleacă în California, la Big Sur, unde ține cursuri la Institut Esalen (M. Murphy anima pe atunci acolo diverse forme de „contracultură"). O ședere în Japonia îl face să îmbogățească gestaltterapia cu filosofia și practicile Zen. Sfârșește ca mare guru al acelei coaste californiene deschise pe atunci tuturor psihoterapiilor de inspirație orientală și naturistă, opuse oricărui raționalism și oricărei explicații logice, încât uneori au devenit suportul unor veritabile secte religioase. Nu este cazul gestaltterapiei care, în special în Franța, și-a găsit noi practicieni, care au reluat teoretizarea acesteia pe baze mai științifice (J. Ambrosi).

GLIȘROID (engl. *epileptoid*). **Se spune despre caracterul unui subiect care ar asocia o permanență adezivitate afectivă, viscozitate mentală și bradipsihie cu o explozivitate ocazională, care se manifestă în cursul unor crize agresive și clastice.** (Sinonim: epileptoidie.)

Acest tip caracterial nu mai este considerat specific epilepsiei*.

GLOSODINIE (engl. *glossdynia, pain in the tongue*). **Durere a limbii, în general localizată într-un punct bine precizat, durere agravată uneori de masticație.**

Este cazul, în special, atunci când este produsă de o leziune lingvală organică datorată unei infecții (candidoză), unei arsuri și mai ales unui traumatism dentar obișnuit (ghimpi traumatizanți, tulburare de articulație dentară care provoacă mușcături involuntare ale limbii etc.).

Adesea, însă, nu este decât manifestarea unei anxietăți de ordin nevrotic, care se observă la cancerofob, de exemplu, care se teme că papilele foliate linguale ar putea să degenereze în cancer al limbii.

GLOSOLALIE (engl. *glossolalia*). **Limbă în aparență nouă, creată în mod voluntar de către un bolnav isteric sau delirant, spre a o limita la utilizarea personală și a varilor săi prieteni intimi.**

Spre deosebire de schizofazia* schizofrenicului, unde alterarea lingvistică este

profundă, glosolalia continuă să asculte de legile gramaticale ale limbii obișnuite a bolnavului, față de care, în general, nu este decât o deformație destul de superficială.

GOLDSTEIN (Kurt). **Neurolog și psihiatru american de origine germană (Kattowitz, azi Katowice, 1878 — New York, 1965).**

A apărat o teorie unitară a organismului uman și a funcționării cerebrale, foarte mult influențată de *Gestaltpsychologie*.

După ce a predat neurologia la Königsberg, apoi la Frankfurt pe Main, unde s-a ocupat de mulți răniți cu grave leziuni cerebrale din primul război mondial, Goldstein a fugit de nazism, în 1933, spre a se instala definitiv în Statele Unite. Predă succesiv neuropatologia și psihopatologia la Universitatea Columbia (New York), apoi la Harvard.

Observațiile sale clinice asupra celor cu leziuni ale creierului l-au făcut să pună la îndoială localizările cerebrale prea limitate, spre a adopta un punct de vedere mai globalist și gestaltist asupra funcționării cerebrale. El distinge două niveluri de gândire: o gândire zisă superioară, categorială (sau abstractă), și una inferioară, concretă. La nivelul gândirii concrete vor fi reduși mulți amputați cerebral, care nu mai pot face față unor situații prea noi care cer un efort intelectual abstract. În asemenea situații, acești bolnavi au reacții catastrofice de tip confuzional, cu manifestări de aspect deficitar, pe care nu trebuie să le luăm drept noi leziuni cerebrale „în focar". Creierul reacționează, într-adevăr, în totalitatea sa, iar relațiile corp–spirit sunt întotdeauna de considerat într-o manieră holistică, în globalitatea lor.

Cel puțin acesta este punctul de vedere pe care Goldstein îl va apăra în cartea sa *Structura organismului* (1934), care v avea un impact considerabil asupra psih logiei occidentale din anii 1950, în speci asupra operei lui M. Merleau-Ponty.

GRAFOLOGIE (engl. *graphology*). **Tehnică de interpretare a scrisulu considerat ca o expresie a personalităț**

Grafologia vizează o abordare, chiar c comprehensiune a personalității la diferi tele sale niveluri, pe un traseu a cărui sin gularitate se înscrie în mod paralel î dezvoltarea psihomotorie, intelectuală ș afectivă, ca un fel de martor fidel al evo luției subiectului. În primii ani de învățare, până la adolescență, scrisul arată o vie sensibilitate la influențele educative. Mai târziu, devenind automat, scrisul se personalizează: diversele tendințe ale personalității explică decalajul dintre modelul de scriere impus, același pentru toți, și scrisul fiecăruia.

Primul grafolog cunoscut este filosoful italian C. Baldi, care în 1622 publică un *Tratat al indicilor extrași din scrisori sau Arta de a cunoaște prin examinarea unei scrisori moravurile și obișnuințele autorului ei*, lucrare care a trecut aproape neobservată atunci.

La sfârșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea, fiziognomistul J. K. Lavater, E. Hocquart și abatele Flandrin se interesează de scris, iar abatele J. H. Michon publică mai multe lucrări care pun primele baze ale grafologiei: *Misterul scrisului. Sistem de grafologie, Arta de a cunoaște oamenii după scrisul lor* (1875). Dar adevăratul fondator al grafologiei franceze, care va ști să treacă de la analiza îngustă și limitată la o sinteză solid construită, rămâne J. Crépieux-Jamin. Lucrările sale, *L'écriture et le Caractere* (1888), *L'écriture des canailles* (1921), *A.B.C. de la graphologie* (1929) sunt fundamentale. Grafologul german L. Klages își bazează interpretarea a ceea ce el numește „nivel vital" pe caractere, cum ar fi ritmul și căldura scrierii, mai puțin direct inteligibile decât clasificarea metodică a lui Crépieux-Jamin privind 175 de semne grafice după genuri (rânduire, dimensiune, direcție, continuitate, presiune, formă, viteză). Elvețianul M. Pulver își bazează interpretarea pe modul în care scrierea se organizează în spațiul paginii, simbolizând, în general, mediul.

Scrisul este un act prin care ne proiectăm noi înșine. Este un mijloc de comunicare. În aceeași măsură ca limbajul, el permite intrarea în relație cu celălalt. După persoana la care se adresează (prieten, părinte, patron etc.), după conținutul vehiculat (veste bună sau proastă, informație administrativă sau sentimente), după starea celui care scrie (oboseală, enervare, destindere), el poate lua aspecte diferite. Cu toate acestea, descoperim mereu anumite caracteristici constante și imuabile; asupra lor lucrează grafologia. Scrisul este făcut din litere agățate unele de altele, constituind cuvinte, rânduri, pagini. Aceste elemente sunt guvernate de legea orientării spațiale. Tot ceea ce atrage litera în sus se raportează la gândire, la imaginație, la spirit și la poezie; tot ceea ce se prelungește în jos merge spre materie, pământ, senzualitate; ceea ce merge spre stânga mărturisește atașamentul de trecut, introversiune și gustul introspecției; ceea ce merge spre dreapta se orientează spre semen, devenire, mărturisește ușurința de a se exterioriza și a contactelor cu lumea exterioară. Principalele elemente ale literei sunt corpul, coada și linia verticală sau aplecată. Corpul reprezintă Eul subiectului, viața și contactul cu existența, prezentul; mic, arată repliere în sine; mare, arată trebuința de expansivitate, de exaltare. Spațierea cuvintelor este studiată de grafologi în măsura în care corespunde ritmului gândirii. Spațierea considerată ca normală este de două corpuri de literă.

Din acest punct de vedere, distingem patru tipuri de scriere. Numim scris aerisit scrisul care oferă o bună repartiție a albiturii între cuvinte și rânduri. Este considerat ca un semn de inteligență, de claritate a spiritului, de obiectivitate, de independență a judecății, de spirit de sinteză. Scrisul condensat este acela în care cuvintele și rândurile sunt înghesuite, mărturisind un nivel mediocru de inteligență și o trebuință stăruitoare de exprimare prin spirit sau prin cuvânt. Scrisul spațiat lasă mari întinderi de alb între cuvinte și rânduri, mărturisind timiditate, lipsă de spontaneitate și de spirit critic. Spațiile foarte inegale mărturisesc instabilitate a gândirii, dificultate a concentrării. Cuvinte normal spațiate și rânduri strânse unele față de altele arată o bună dominare a muncii cotidiene, dar un deficit de înălțime a vederilor. Rândurile descendente mărturisesc fatigabilitate, pesimism, chiar tendințe depresive din partea scriptorului, pe când un scris suitor mărturisește dinamism și optimism din partea acestuia. În fața foii de hârtie, cum va intra scriptorul în posesia acestui univers care, pentru un moment, este domeniul său? În acest context intervin noțiuni ca aceea de rânduire a textului, de încadrare: poziție care prezintă ansamblul grafic în raport cu pagina și care face ca marginea să apară ca structură esențială.

Bibl.: Olivaux, R., *L'analyse graphologique*, Masson, Paris, 1988.

GRAFOMANIE (engl. *graphomania*). **Trebuință irezistibilă de a scrie.**

Însoțește adesea fuga de idei a stărilor maniace, grafomania degenerând adesea în graforee.

GRAFOREE (engl. *graphorrhea*). **Hiperproductivitate grafică care, în general, este consecința grafomaniei.**

Această producție grafică foarte abundentă patologic este analoaga pentru scris a logoreei*. Se constată mai ales în stările de excitație maniacă, dar se manifestă uneori la deliranții cronici paranoici (scrieri de revendicare, de argumentație juridică, de apărare contra persecutorilor etc.) sau parafrenici (scrieri care, în acest caz, stau mărturie despre vaste construcții imaginare sau fantastice, adesea alterate în structura lor).

GRASPING REFLEX (termen englez). **Reflex arhaic, care există în special la noul-născut, caracterizat printr-o flexiune permanentă și puternică a degetelor pe un obiect care a atins palma (prehensiune forțată) și care poate să reapară în cursul unor leziuni cerebrale și a unor stări demențiale regresive.**

GRAVIDITATE NERVOASĂ (engl. *psychic pregnancy, phantom pregnancy*). **Ansamblu de manifestări fizice care evocă o graviditate la o femeie care nu este realmente însărcinată.**

Legată de motivații inconștiente, această iluzie se asociază cu simptome somatice ale graviditătii (amenoree, greturi, vomismente, creșterea progresivă a volumului abdominal) și apare adesea la femei sterile care doresc un copil. Se constată și la unele isterice sau la delirante cronice, în acest caz încadrându-se într-un tablou ipohondriac.

GRUP BALINT (engl. *Balint group*). **Grup de discuție care reunește o duzină de medici, cel mai adesea practicieni de medicină generală, sub conducerea unui psihanalist, pentru ca fiecare participant să ia cunoștință, datorită muncii de grup, de procesele psihice care intervi în relația cu propriii pacienți.**

GRUP DE AJUTOR PSIHOPEDA GOGIC sau **G.A.P.P.** (fr. *group d'aide psychopédagogique*). **Echipă co stituită dintr-un psiholog școlar și d doi sau trei educatori și reeducator instituită pe lângă o școală primar pentru a preveni și trata inadaptare școlară a unor elevi.**

Create prin circulara ministerială di 9 februarie 1970, în cadrul Educației națio nale, asemenea grupuri permit, fiind la fața locului și printr-o observare continuă a copiilor, o imediată luare în sarcină. Reeducări specializate (ortofonie, reeducarea cititului sau a psihomotricității etc.), practicate individual sau în grupuri mici, sunt întreprinse de îndată ce cadrele didactice formulează cererea. Numai cazurile cele mai dificile sau care se asociază cu tulburări psihoafective importante sunt îndrumate spre centrul medico-psihologic cel mai apropiat al intersectorului de psihiatrie infantilă.

GRUP DE EGALI (engl. *peer group*). **Ansamblu de indivizi care prezintă pe plan psihologic și social caracteristici comune cu un subiect dat și care sunt susceptibile să-i influențeze conduita.**

Influența egalilor este o temă majoră a abordărilor psihosociale, îndeosebi în lucrările nord-americane. Presiunea grupului de egali se exercită asupra subiectului în mod diferit de aceea a familiei, a educatorilor sau a societății în general. Ea va avea, firește, un impact variabil, în funcție de experiențele prealabile ale subiectului în interiorul familiei, școlii etc. Această noțiune este deci foarte importantă pentru

anumite vârste sau forme de devianță, în care se pune problema integrării subiectului în societate. Conceptul este deci deosebit de utilizat în materie de adolescență și preadolescență: influența egalilor este unul din factorii importanți în căutarea de către adolescent a unei identități. Această influență se va exercita asupra modurilor de relație cu familia, asupra stilurilor de consum, asupra conduitelor sexuale. Ea poate fi resimțită ca nefastă de către societate: autoinstituindu-se în clanuri sau în *bande*, adolescenții se definesc uneori în opoziție vădită cu modelele parentale, dacă nu cumva drept membri ai unei contraculturi. Dar capacitatea adolescentului de a lega prietenii, de a se integra într-un grup este mărturia esențială a unei bune socializări.

Această influență inevitabilă și necesară a egalilor este uneori utilizată ca factor de difuzare de informație, ba chiar de modificare a conduitelor adolescenților, care, constituind o piață importantă, devin o țintă privilegiată a serviciilor de publicitate. Ea devine, de asemenea, obiectul unor campanii de prevenție în materie de maladii sexual transmisibile, de dependență față de droguri sau alte conduite de risc. Presiunea grupului este, desigur, de luat în considerare în materie de delincvență, ca și în toate tulburările integrării sociale. Dar ea este studiată mai ales în cadrul alcoolismului, tabagismului și altor toxicomanii. Grupul de egali este cel mai adesea abordat ca factor de declanșare sau de întreținere a acestor conduite: moda, exemplul, sfidarea sunt citate în primul rând, de pildă, pentru a se explica o primă administrare a drogului, căreia grupul îi conferă valoarea unei inițieri. În continuare, sentimentul apartenenței la grup poate constitui un factor de cantonare în toxicomanie.

Grupurile de egali nu sunt însă utilizate doar ca relee ale unor acțiuni preventive, ci și ca mijloc terapeutic: grupuri de foști toxicomani se antrenează în abstinență sau „comunități terapeutice" îi folosesc pe „foști" ca pe niște integranți. Pe când, în materie de alcoolism, antrenarea de către egali în grupurile de frecventatori de cârciumi este bine cunoscută. Alcoolicii anonimi au dat primul exemplu de funcție pozitivă a grupului de egali: identitatea de alcoolic le servește în acest caz la cultivarea unei credințe comune în necesitatea abstinenței. Multe asociații încearcă în prezent, după același model, să instituie o identitate durabilă la cei egali (jucători, toxicomani, bulimici etc.), utilizând în același timp presiunea grupului ca suport terapeutic. Sudat printr-o identitate care la origine se bazează pe un simptom comun, grupul de egali devine în acest caz grup de întrajutorare, ba chiar comunitate de credință sau de ideologie.

H

HALUCINAȚIE (engl. *hallucination*). **Experiență perceptivă care se însoțește de o credință absolută în realitatea unui obiect totuși fals perceput, deoarece subiectul nu receptează stimulare senzorială corespunzătoare de la acel obiect.**

În general patologică, această experiență halucinatorie este deci o „percepție fără obiect de perceput" (H. Ey); pentru Ey ar fi vorba de o realitate internă proiectată în afară, pe fondul unei destructurări a conștiinței. Pentru caracterizarea acestei tulburări psihosenzoriale este nevoie de două modalități principale: senzorialitatea, ca în cazul unei percepții reale, și proiecția spațială. Cu toate că spațializarea nu ar fi evidentă pentru gust și, poate, pentru cenestezii, halucinațiile sunt clasificate după diversele organe de simț: tactile (kinestezice sau cenestezice), olfactive, gustative, vizuale și auditive. Ultimele două categorii sunt, de departe, cele mai importante.

HALUCINAȚIILE VIZUALE. Pe când W. Griesinger le considera ca fiind cele mai frecvente, majoritatea autorilor cred că se observă mai puțin frecvent decât cele auditive. Pentru J. Baillarger „halucinațiile văzului sunt mult mai rare la alienați decât cele ale auzului, dar că tocmai contrarul se întâmplă la oamenii cu spiritul sănătos". Este totuși cert că halucinația vizuală se observă cu maximum de frecvență și de luxurianță în cursul unor tulburări ale activității psihice, îndeosebi în stările confuzionale. Onirismul reprezintă forma cea mai completă și mai tipică de halucinație vizuală în clinica psihiatrică. De asemenea, adesea observăm halucinații vizuale în cursul intoxicațiilor neurotrope, în primul rând în alcoolism, dar și la cocainomani; în intoxicațiile accidentale sau experimentale (hașiș, peyotl, L.S.D.), observăm accese de vis care reprezintă explozia de halucinații vizuale.

În acord cu J. Seglas și E. Regis, putem distinge halucinațiile vizuale elementare (culori, flăcări, umbre, fotopsii, fosfene) de halucinațiile vizuale complexe (figuri, forme ornamentale). Unele conținuturi sunt mai frecvente și mai tipice, cum sunt vederea de animale (zoopsii) sau de figuri umane. Imaginile pot fi colorate sau în întregime decolorate (imagini cenușii, alburii). Ele pot fi fixe sau mișcătoare. Adesea este vorba de imagini „în transformare", care se

metamorfozează neîncetat (metamorfopsii); uneori este vorba de mișcări ritmice. Se pot prezenta mereu identice cu ele însele (viziune unică sau stereotipă) sau sunt variabile. Pot reprezenta amintiri mai mult sau mai puțin exacte (ecmnezie halucinatorie) sau construcții imaginative cu totul stranii, deformate, bizare, cu tulburări ale dimensiunilor spațiale (dismegalopsie). Aceste imagini se pot comporta destul de diferit în relațiile lor cu câmpul perceptiv vizual: ba nu fac parte din acesta și sunt, ca să spunem așa, „lipite" pe câmpul vizual, ba sunt proiectate pe un fond, fie la suprafața anumitor obiecte (plafon, perete despărțitor), fie angajate într-o anumită perspectivă și într-o anumită rânduire a obiectelor exterioare; în consecință, distingem halucinații vizuale plate, cinematografice și halucinații vizuale care „găuresc pereții", prezentând imaginea la distanța necesară, având profunzime, o perspectivă. Cât privește asocierea cu alte senzații, este cazul să notăm diverse sinestezii (viziuni ordonate, sonore, tactile etc.). Căci în mod efectiv, în crizele zise „halucinatorii", tulburările psihosenzoriale pot fi multiple și numai discursul retrospectiv al subiectului delirant privilegiază cutare tip de halucinație.

HALUCINAȚIILE AUDITIVE. Regăsim aici caracteristici comparabile. Se semnalează halucinații de auz elementare: zgomote, sunete indistincte sau vibrație sonoră regulată. Cel mai adesea, însă, deliranții se plâng de halucinații auditivo-verbale: voci de care persecutații se neliniștesc adesea. Acestea pot vorbi la ureche, în spatele halucinatului, deasupra lui, de după un zid, din aer. Sunt voci cunoscute sau necunoscute. Uneori sunt voci bizare în ceea ce privește sonoritatea lor (voce de măscărici, de ventriloc, de aparate de radio sau TV, de electrofon, de fluieraș din trestie etc.). Câteodată sunt voci cântate, dar aceasta în mod cu totul excepțional. Ritmul este, dimpotrivă, destul de frecvent (voci scandate, modulate etc.). Poate fi o voce unică și invariabilă sau pot fi voci variabile, multiple, în cor și adesea în conversație directă cu halucinatul sau conversând între ele.

Conținutul lor poate fi același, „baliverne", „sporovăieli", „refrene", „sloganuri", sau, dimpotrivă, poate fi vorba de discursuri prolixe, nuanțate, dialogate. Fenomene foarte frecvente sunt ecoul gândurilor, al celor citite, mai rar al celor scrise, precum și comentarea actelor săvârșite. Uneori sunt auzite cuvinte incomprehensibile, discursuri într-o limbă necunoscută sau cuvinte sibilinice, lipsite de sens. Încă și mai frecvent este vorba de vestiri, de informații, de știri. În sfârșit, vocile sunt dotate cu sentimente care se fac simțite în tonul lor și în expresii (injurii, obscenități, complimente, sfaturi). În ceea ce privește durata, ele se pot face auzite doar la intervale rare, în anumite situații, cu predominanță nocturnă sau diurnă, în momente de neatenție sau, dimpotrivă, de atenție. Cel mai adesea inoportune, uneori ele pot fi așteptate de pacient.

HALUCINAȚIILE PSIHICE VERBALE. Acestea se apropie de fenomene care nu mai au caracter senzorial și care au fost numite „halucinații psihice" sau „pseudohalucinații". J. Baillarger a arătat cel dintâi că unele fenomene halucinatorii verbale apar sub formă de voci fără timbru, fără sonoritate, voci șoptite, gânduri vorbite, inspirații, gânduri transmise, idei sugerate, conversație interioară (ca niște cuvinte insonore etc.). Al doilea caracter al acestor halucinații psihice verbale este acela că nu sunt proiectate în lumea obiectivă, cu semne spațiale de localizare (sus, jos, alături etc.),

nefiind trăite, percepute de ureche și în spațiul exterior. Firește, regăsim în această categorie de fenomene toate aspectele clinice semnalate în legătură cu halucinațiile auzului: voci injurioase, consiliante, persecutoare sau favorabile, dialoguri incomprehensibile, informații delirante, ecoul gândirii, comentarea actelor etc. Ansamblul acestor fenomene constituie esențialmente un sindrom de influență, de compenetrare a gândirii (frecventă în delirurile spiritiste, de posedare, mistice), regăsindu-se în automatismul mental* descris de G. Gatian de Clérambault, între anii 1920 și 1926, pentru a-l deosebi de sindromul inițial și fundamental care precedă manifestările delirante și halucinatorii din multe psihoze cronice. Căci, dacă halucinația nu este singurul mecanism al delirului (interpretarea și intuiția joacă și aici un rol important), ea îi este asociată în mod frecvent, devenind chiar preponderentă în psihoza halucinatorie cronică, individualizată de G. Ballet în 1911.

ASOCIERE MULTIPLĂ DE FENOMENE HALUCINATORII. Aceste fenomene însă, prin modalitățile lor extrem de diverse și prin asocierea cu afecțiuni mentale care merg de la accese delirante din cele mai scurte la psihozele cele mai cronice, nu pot fi explicate într-o manieră simplă. S-a constatat că pot fi provocate de o destructurare a stării de conștiință și de coborârea nivelului vigilității. Dar este și satisfacerea halucinatorie a unei dorințe refulate, cum a demonstrat S. Freud în legătură cu *amentia* descrisă de Th. Meynert, care, în unele cazuri, poate fi principala cauză a acestor fenomene. Poate fi vorba, de asemenea, de o zdruncinare structurală profundă a personalității, cum vedem în schizofrenie, zdruncinare care produce mecanismele proiective responsabile d activitatea halucinatorie. Unele intoxicați sunt și ele responsabile de stări halucinatorii pasagere. Se utilizează diferite toxic pentru provocarea experimentală a unu astfel de stări (J. Delay, G. de Morsier) care pot fi produse și printr-o izolare sen zorială absolută. Subiecții cu care se expe rimentează sunt închiși într-un fel d cheson lichid, în imponderabilitate, în obscuritate și liniște din cele mai complete După câteva ore ei cad pradă unor haluci nații multiple, care nu încetează decât după scoaterea din această izolare. Se pare că absența de excitație senzorială determină o scădere a atenției și a tonusului cerebral, declanșând un fel de activitate nervoasă autonomă și halucinatorie. O astfel de degradare funcțională a activității cerebrale, a cărei natură nu a putut fi precizată până azi, s-ar regăsi în unele cazuri de psihoză schizofrenică.

Bibl.: Ey, H., *Traité des hallucinations*, 2 vol., Masson, Paris, 1973; Faure, H., *Hallucinations et réalité perceptive*, 2 vol., P.U.F., Paris, 1965; Lapassade, G., *Les états modifiés de conscience*, P.U.F., Paris, 1987; Valla, J.P., *L'expérience hallucinogène*, Masson, Paris, 1983.

HALUCINAȚIE SPECULARĂ (engl. *autoscopic hallucination*). **Experiența halucinatorie vizuală în care pacientul vede propria-i imagine în fața ochilor săi, având uneori impresia că are de-a face cu o altă persoană.**

Numită de M. Lemaire, în 1901, „halucinație autoscopică", apoi „autoscopie externă" de către P. Sollier, în 1903, și „heautoscopie" de către J. Lhermitte, în 1939, acest fenomen se poate produce în momentul adormirii (stare hipnagogică) sau în cursul unor accese hipnoide sau

confuzo-onirice veritabile. Se asociază adesea cu o impresie de stranietate neliniștitoare (S. Freud) și se poate uneori transforma în halucinație heautoscopică negativă în care subiectul nu-și mai recunoaște propria imagine așa cum îi este totuși reflectată într-o oglindă. Este cazul particular din *Horla*, nuvela lui G. de Maupassant (1887), în care personajul nu-și mai recunoaște chipul în oglindă.

S-a descris, în cursul evoluției unor demențe, o afectare progresivă a recunoașterii imaginii speculare, trecându-se de la un stadiu în care imaginea este resimțită atât ca străină cât și ca persecutoare, la stadiul nerecunoașterii totale și definitive (J. Postel, 1967).

HALUCINOGEN (engl. *hallucinogens* sau *hallucinogenic drugs*). **Se spune despre un psihotrop natural, semisintetic sau sintetic, a cărui acțiune principală este o modificare a percepțiilor (vizuale, proprioceptive, tactile, auditive), cu posibilitatea halucinării.**

Folosirea de plante halucinogene într-un cadru religios sau șamanic datează, fără îndoială, din epoca paleolitică. *Amanita muscaria* sau moartea-muștelor, obiect și mijloc de cult, a fost folosită de șamanii siberieni. Această ciupercă, care ar putea fi soma a arienilor, ar fi fost legată de misterele primelor religii: rit de extaz artificial, mijloc de contact cu puterile superioare, ar fi una dintre primele divinități. În America Centrală persistă venerări de halucinogene care datează din cea mai îndepărtată antichitate. În Mexic, de exemplu, *Psilocyba mexicana* este încă și azi utilizată ritual: această ciupercă, ce conține psilocibină, puternic halucinogen, este „carnea zeilor" azteci (*Agaric teonanacatl*). Halucinogene sunt și alte plante, având aceleași utilizări rituale; cea mai cunoscută este *peyotl*, din familia cactușilor, care conține mescalină. Harmina și harmalina provin și ele din plante („Yage" sau „Ayawasca" din America de Sud). Iboga (*Tabernanthe iboga*, care conține ibogaină) este utilizată în Africa Ecuatorială (Gabon).

Interesul pentru halucinogeni s-a reactualizat o dată cu izolarea de alcaloizi activi și mai ales o dată cu obținerea de produși sintetici sau semisintetici. L.S.D. 25 este cel mai bun exemplu. Alte substanțe, cum ar fi P.C.P. (fenciclidina sau *Angel Dust*), S.T.P., D.O.M. etc., fac parte din această grupă. Descoperirea L.S.D. a generat mari speranțe în domeniul cercetării și tratamentului tulburărilor mentale, dar această pistă a cercetării este extrem de neglijată. În anii '60, folosirea halucinogenelor s-a integrat într-o mișcare de contestare a societății de către tineretul american: a fost voga *psihedelismului*.

Experiența halucinogenă, „*trip*"-ul, a fost de multe ori descrisă, mai ales după luarea de L.S.D. [în limba engleză, în original = excursie, călătorie de agrement — notă L.G.]. „Voiajul" începe la o jumătate de oră după ingestie și durează aproximativ 6–12 ore. Modul de a trăi *trip*-ul este variabil, în funcție de experiențele anterioare, context, personalitate și așteptările utilizatorului. Acesta păstrează o luciditate certă în timpul *trip*-ului și face, în general, eforturi spre a-și păstra controlul. Experiența se însoțește de midriază, tremurături, uneori incoordonare motorie.

Modificarea percepțiilor se situează pe primul plan. Cenestezia, simțul tactil sunt modificate (impresia de imponderabilitate sau de greutate ca de plumb, de înțepenire, de pierdere a limitelor corporale etc.). Tulburările halucinozice vizuale (deformări, modificări de culori etc.) pot face loc unor

halucinații în toată legea, adesea făcute din forme simple și colorate. Modificarea percepției sunetelor merge rareori până la halucinații auditive. Sinesteziile sunt frecvente: în general, viziuni provocate de sunete. Adesea sunt raportate fenomene de autoscopie*; percepția timpului este modificată, fie în sensul accelerării, fie al încetinirii; tulburările de memorie, de atenție, sugestibilitatea și sensibilitatea la condițiile ambiante sunt elemente importante ale „voiajului".

Uneori *trip*-ul se mărginește la deformări de percepții, experiență recreativă care nu bulversează subiectul. Dar această perturbare poate căpăta sensul unei pierderi a tuturor reperelor simbolice, reprezentând un veritabil traumatism psihic. Unii trăiesc astfel experiențe arhaice, infraverbale, care pun în cauză concepțiile lor despre lume și despre ei înșiși. Dacă o astfel de „analiză sălbatică" poate duce la adevărate revelații despre sine, ea stă la originea a numeroase *voiaje nefaste* (engl. *bad trips*), ba chiar a unor treceri la act. Adesea revelația *trip*-ului este trăită ca o experiență mistică: frecvența acestui sentiment a fondat credințele „psihedelice" într-o nouă religie. Riscurile folosirii halucinogenelor sunt, deci, foarte diferite de acelea legate de alte droguri toxicomanogene.

Nu există dependență fizică și nici obișnuire. La fel, superdozele nu sunt decât o posibilitate teoretică, dozele eficiente fiind foarte mici față de dozele toxice. Folosirea halucinogenelor este, în general, recreativă sau sporadică, foarte rar regulată. Pericolul major și cel mai frecvent este „*bad trip*": uneori simplă reacție de angoasă, chiar de panică, asociată cu ostilitatea față de anturaj sau cu sentimentul pierderii controlului, iar alteori veritabilă reacție psihotică, prezentând toate aspectele unui episod de schizofrenie. În general, aceste tulburări regresează rapid sub efectul tranchilizantelor sau al neurolepticelor. Rămâne problema psihozelor cronice induse de folosirea halucinogenelor. Pentru mulți toxicomani nu încape îndoială că nu poți niciodată coborî din nou, că nu poți deveni psihotic în urma unui „*bad trip*". Aceste cazuri sunt totuși rare și, pentru mulți, nu este vorba decât de o decompensare la psihotici.

Bibl.: Furst, P.T., *La chair des dieux*, Seuil, Paris, 1974; Valla, J.P., *L'expérience hallucinogène*, Masson, Paris, 1983.

HALUCINOZĂ (engl. *hallucinosis*). **Percepție fără obiect, apropiată de halucinațiile vizuale, cu derularea de imagini colorate.**

Halucinoza se deosebește de halucinația vizuală prin absența participării afective din partea subiectului, care recunoaște manifestarea patologică drept inexactă și nu o integrează într-un sistem delirant. → HALUCINOZĂ PEDUNCULARĂ.

HALUCINOZĂ PEDUNCULARĂ (engl. *peduncular hallucinosis*). **Tip special de halucinoză cauzată de o leziune a regiunii mezodiencefalice a creierului.**

J. Lhermitte (1922) o raportează la o leziune a calotei pedunculare. Subiectul observă cu curiozitate și plăcere animale, personaje și obiecte colorate, pe care le vede defilând în fața ochilor săi. El recunoaște nerealitatea acestor fenomene psihosenzoriale chiar în momentul în care ele survin și nu le integrează într-un sistem delirant, ceea ce le deosebește de manifestările halucinatorii propriu-zise. Halucinoza pedunculară survine cel mai adesea la crepuscul. Se poate asocia cu tulburări de conștiință mai mult sau mai puțin marcate.

HANDICAPAT (engl. *handicapped*). **Se spune despre o persoană care suferă de un dezavantaj, de o inferioritate ce rezultă dintr-o deficiență sau dintr-o incapacitate care interzice sau limitează îndeplinirea unui rol social, acesta din urmă fiind considerat în raport cu vârsta, sexul, factorii sociali și culturali.**

Dacă noțiunea de inadaptare este mult anterioară aceleia de handicap, totuși aceasta din urmă a fost oficializată prin legea din 30 iunie 1975, de orientare în favoarea persoanelor handicapate. → LEGEA DIN 30 IUNIE 1975.

HANDICAP MENTAL (engl. *mental handicap*). **Dezavantaj sau inferioritate socială și profesională care rezultă dintr-o maladie mentală.**

Termenul *handicap*, utilizat mai întâi de englezi pentru a desemna un joc de noroc, apoi greutatea pe care trebuiau să o poarte caii cei mai rapizi pentru a se echilibra șansele celorlalți cai într-o cursă, a intrat în vocabularul medico-social, în Franța, o dată cu legea din 23 noiembrie 1957 cu privire la reclasarea muncitorilor handicapați: „Este considerat muncitor handicapat [...] orice persoană ale cărei posibilități de a obține sau păstra un loc de muncă sunt în mod efectiv reduse ca urmare a unei insuficiențe sau a unei diminuări a capacităților sale fizice și mentale."

În acord cu P.H.N. Wood, se cuvine să deosebim: *deficiența* sau *deficitul funcțional* (engl. *deficiency*), consecință directă a afectării anatomofiziologice a organismului printr-un proces morbid sau traumatic; *inadaptarea* (engl. *disablement*), care reprezintă consecințele acestui proces asupra posibilităților de autonomie ale subiectului și asupra competențelor sale în viața familială și cotidiană; handicapul propriu-zis, care este veritabilul dezavantaj social, adică limitarea sau modificarea rolurilor sociale și profesionale pe care individul le putea sau era în drept să spere a le obține înainte de procesul patologic invalidant. Handicapul este deci de înțeles în funcție de aceste roluri sociale la care societatea însăși participă, ceea ce este adevărat mai ales în ceea ce privește handicapul mental. Acesta nu trebuie conceput ca o incapacitate ușor de măsurat, ci este în funcție de interacțiunile dintre handicapat și mediul său. „Poate exista într-o anumită circumstanță și nu în alta [...] și [...], deci, nu este o constantă" (F. Chapireau). Este variabil și, în unele cazuri, poate fi doar potențial. Iată de ce legea franceză din 30 iunie 1975, zisă „de orientare în favoarea persoanelor handicapate", fiind înainte de toate o lege de invaliditate care corespunde unei deficiențe cuantificabile și definitiv fixată, trece pe lângă noțiunea de handicap ca atare, în special în domeniul patologiei mentale, în care procesul morbid este, în plus, totdeauna evolutiv.

HARTĂ FAMILIALĂ (engl. *family's card*). **Schemă de organizare a tranzacțiilor familiale și a frontierelor dintre diferitele subsisteme.**

Terapeutul stabilește harta familială pornind de la comunicațiile verbale și nonverbale, ca și de la comportamentele familiei în cursul ședințelor de terapie. Aceasta îi permite să formuleze ipoteze cu privire la domeniile în care familia funcționează bine și asupra acelora în care apar disfuncționalități. Determinarea obiectivelor terapeutice este în felul acesta facilitată. Mai ales S. Minuchin a utilizat această tehnică de reprezentare picturală, la Philadelphia.

HAȘIȘ (engl. *hashish*). **Rășină de canabis.** → CANABISM.

HEAD (Henry). **Neurolog britanic (Londra, 1861– Reading, 1940).**

Esențialul cercetărilor sale l-a consacrat, pe de o parte, sensibilității cutanate, iar, pe de altă parte, afaziilor. În ceea ce privește sensibilitatea cutanată, a făcut distincție între *funcția protopatică* (care depinde de talamus) și *funcția epicritică*, aceasta din urmă fiind facultatea de discriminare și depinzând de activitatea corticală, a cărei suprimare determină deci pierderea percepției relațiilor spațiale și a formei obiectelor care intră în contact cu suprafața corporală.

În ceea ce privește afaziile, criticând doctrina localizărilor cerebrale a neurologilor clasici, Head pledează pentru o clasificare esențialmente funcțională, în care distinge patru forme de afazie: verbală, caracterizată prin formarea defectuoasă a cuvintelor; sintactică, în care domină o tulburare gravă a structurii gramaticale a frazei; nominală, datorată unei tulburări de folosire semnificativă a cuvintelor; semantică, în care apare dificultatea sesizării intenției unui ansamblu, a unui act, a unui gest, a unei fraze. În consecință, limbajul afazicului ar fi afectat în două moduri: prin tulburarea semnificației (formele semantică și nominală) sau prin tulburarea utilizării (formele verbală și sintactică). Această concepție foarte nouă despre afazie a întărit tezele globaliste privind activitatea cerebrală, în special pe aceea a lui K. Goldstein.

HEBEFRENIE (engl. *hebephrenia*). **Una dintre marile forme clinice ale schizofreniei.**

Este caracterizată prin debutul în [a]lescență, prin aspectele de deficit inte[lec]tual, cu inhibiție psihomotorie și negativ[ism] ca și prin evoluția adesea marcată de [e]burări timice atipice și accese heteroa[gre]sive sau autoagresive impulsive, un[e]dramatice.

Prima sa descriere, făcută de E. Hec[kel] în 1871, făcea din ea o maladie autono[mă]. A fost reluată de E. Kraepelin, care o in[clu]duce în cadrul demenței precoce, făc[ând] din ea prima formă clinică juvenilă [a] acestei afecțiuni mentale. El o apropie, [în] altfel, de catatonie, individualizată [de] K. Kahlbaum în 1874, într-o altă form[ă] numită de el „hebefreno-catatonică". [...] E. Bleuler reia aceste descrieri în 1911, [...] concepția sa nosologică privind grup[ul] schizofreniilor. → SCHIZOFRENIE.

HEBETUDINE (engl. *hebetude*). **Star[e] de inhibiție stuporoasă profundă care [se] învecinează cu o veritabilă încremeni[re] a activității psihice, un timp mai mul[t] sau mai puțin îndelungat.**

Datorată uneori unei emoții puternice [...] care a zguduit subiectul, aflat în stare de [...] șoc psihologic, ea este de multe ori una din manifestările unor deficite intelectuale importante produse de demențe*.

HEMIPLEGIE (engl. *hemiplegia*). **Paralizie a unei jumătăți de corp.**

Consecință a lezării unilaterale a căii motorii piramidale, hemiplegia asociază la deficitul motor pierderea unor forme ale reflexivității (în special cutaneo-abdominală) și a unor semne pozitive de liberare (în perspectivă jacksoniană): răspuns în extensie și în evantai al degetelor de la picioare în cazul excitației plantare (semnul Babinski), sincinezii, exagerarea reflexelor osteotendinoase și a tonusului. Dată fiind [în]crucișarea fasciculului piramidal, para[li]zia se situează de partea opusă a leziunii [ce]rebrale și se însoțește adesea cu o [a]fazie motorie când este afectată emisfera [ce]rebrală dominantă. Leziunile în cauză [sunt] de obicei de ordin vascular, mai rar [tu]moral, traumatic sau infecțios (abces [ce]rebral).

HEROINĂ (engl. *heroin*). **Diacetilmorfina, derivat semisintetic al morfinei, clasificat ca stupefiant.**

Heroina a fost experimentată, în 1898, de către chimistul berlinez Dreser. Ea s-a arătat foarte eficace contra tusei tuberculoșilor și ca analgezic. Sosirea acestui nou psihotrop a avut loc în plină epidemie de morfinomanie și de cocainomanie. S-a situat rapid la originea unui val și mai important al toxicomaniei la scară mondială. De la sfârșitul anilor '60 și în cadrul extensiei actuale a toxicomaniei la tineri, heroina a rămas produsul de elecție al toxicomanilor (chiar dacă, în America de Nord, tinde de pe la mijlocul anilor '80 să fie înlocuită cu cocaina). Drog prin excelență, heroina este produsul (împreună cu canabisul, care nu este considerat drog adevărat) care beneficiază de cele mai diferite nume în argoul drogaților: *„hero"*, *„horse"*, *„cheval"*, *„junk"*, *„poudre"*, uneori după originea ei, „iraniană", „pakistaneză", „thailandeză", sau după aspect, „albă", „roz", „cenușie", „brown sugar". Diluată de multiple ori, heroina „de pe stradă" nu conține, în general, mai mult de 3–10% produs activ. De la marele traficant internațional la micul *dealer* de pe stradă ea este amestecată, prin intermediari succesivi, cu manitol, glucoză, aspirină și chiar cu stricnină. Se poate fuma ca în Orient sau ca în unele țări africane. Toxicomanii occidentali o folosesc prizată (*sniff*) și mai ales în *shoot* (injecție intravenoasă).

ACȚIUNEA HEROINEI. Acțiunea sa este mai intensă și mai scurtă decât aceea a morfinei (efectele unei doze de heroină durează de la 3 la 8 ore, în medie). Ea determină foarte rapid o dependență comparabilă cu aceea a altor opiacee: dependență psihologică intensă, toleranță (obișnuire, cu necesitatea de a spori dozele) și mai ales dependență fizică.

Sindromul sevrajului, lipsa, este tipic pentru această formă de dependență: anxietate, nervozitate, căscături sunt urmate, după 6-8 ore, de rinoree, de lăcrimare, midriază, tremurături, bufeuri de căldură. Apar apoi durerile musculare, îndeosebi în regiunea lombară și în membre, precum și crampe abdominale. La acestea se adaugă grețuri și vomismente, în final diaree. Sindromul atinge apogeul în 2–3 zile, apoi semnele se estompează și dispar în mai puțin de o săptămână. La capătul sevrajului, subiectul este atât astenic cât și hipersensibil pe plan afectiv și senzorial.

În afara riscului de supradoză, pericolele acestei toxicomanii țin îndeosebi de practica injecțiilor (*shoot*). Mai ales intensitatea dependenței face ca subiectul să nu trăiască decât pentru și prin drogul său, în detrimentul oricărei investiri sociale și afective și în dispreț vizibil față de corpul și sănătatea sa.

DE CE HEROINA? Există sute de psihotrope capabile să instituie farmacodependență, chiar în afara numeroaselor opiacee. Preponderența heroinei printre drogurile adevărate constituie, deci, o enigmă: de la începutul anilor '70 ea este utilizată ca produs principal de 90% dintre toxicomanii consultați în centre specializate.

Faptul se explică prin difuzarea clandestină a produsului, prin fabricarea sa relativ ușoară și cu un enorm câștig financiar pentru traficanți. Piața drogului este în Franța saturată de heroină, iar intermediarii (*dealers*) știu să-și atragă clientela. Dar heroina, veritabil mit, corespunde, de asemenea, perfect efectelor căutate de toxicomani. Este un drog care dă o senzație intensă de plăcere. Juisanța controlată corespunde versantului hedonic al chetei toxicomaniace. Este un anestezic puternic, care pune subiectul la adăpost de percepțiile exterioare, de orice sursă de stres. Diminuează angoasa, fantasmele, visele: dispariția viselor este constantă în fazele de intoxicare. Ele revin în sevraj sub forma „visului de desfundare", ca și cum drogul ar fi devenit realmente o trebuință vitală, mai puternică decât dorința. Heroina este, de asemenea, un drog de izolare, de solitudine (spre deosebire de un drog de acțiune și de trezire de felul cocainei). Folosirea sa se integrează, deci, pe versantul ascetic și solitar al demersului toxicomanic.

Interzisă, periculoasă, heroina este și un drog de transgresiune și de asumare a riscului; folosirea ei este legată de delincvență, deoarece costă mult și toxicomanii trebuie să-și procure sume cotidiene importante spre a o obține. Dar și pentru că această folosire este de acum trăită în sine ca o trangresiune, ca o sfidare față de legile stabilite. Este, pe deasupra, un produs riscant, despre care niciodată nu prea se știe ce conține —, un drog al hazardului: fiecare *shoot* este un joc cu moartea, o experiență ordalică. Heroinomania rămâne deci toxicomania paradigmatică în care se concentrează toate paradoxurile chetei active a dependenței și a nevoii de libertate, de sfidare și de supunere față de celălalt.

HEROINOMANIE (engl. *heroin addiction*). **Toxicomanie cu heroina.**

HIPERESTEZIE (engl. *hyperesthesia*). **Sensibilitate exagerată față de orice stimulare senzorială.**

Întâlnindu-se îndeosebi în modalitatea tactilă, în acest caz se poate însoți de senzații dureroase, ca în anumite polinevrite și uneori, în afecțiuni talamice.

HIPERFAGIE (engl. *hyperphagia*). **Comportament alimentar care constă în ingerarea unei cantități de hrană disproporționată față de trebuințe.**

Este vorba mai degrabă de un apetit exagerat decât de o veritabilă tulburare alimentară, ca în bulimie*. Evident, hiperfagia este adesea responsabilă de o obezitate care poate fi redusă prin acceptarea unui regim.

HIPERMNEZIE (engl. *hypermnesia*). **Exaltare și acuitate deosebit de vie a memorici.**

Apare în unele situații emoționale de pericol (viziune panoramică a întregii vieți) și în cursul unor accese maniace. Este, de asemenea, o capacitate extrem de spectaculară la unii debili mintali, calculatori prodigioși și repetitori de nenumărate liste de anuare. Avem de-a face în aceste cazuri cu foști bolnavi de psihoză infantilă ale căror posibilități intelectuale instrumentale s-au păstrat.

HIPERSOMNIE (engl. *hypersomnia*). **Exagerare patologică a tendinței de a dormi.**

Hipersomnia se manifestă sub formă de stări hipnice prelungite și de necontrolat prin voința subiectului, sau sub formă de accese paroxistice ca în sindromul Gelineau (narcolepsie–catalepsie).

HIPNOTIC (engl. *hypnotic*). **Medicament care, în doză terapeutică, provoacă o sedare a sistemului nervos central, cu inducția și menținerea unui somn apropiat de somnul fiziologic normal și care poate fi lesne întrerupt.**

Caracteristicile cerute de un hipnotic ideal sunt o absorbție și o eliminare rapidă, cu un procentaj plasmatic eficient exclusiv pe parcursul nopții. Toleranța, dependența și toxicitatea sunt fenomene indezirabile.

Hipnoticele reprezintă un grup eteroclit de substanțe. Cu toate acestea, în afară de efectul căutat, ele posedă în majoritatea lor proprietăți anxiolitice și anticomițiale. Aceste psiholeptice pot fi clasificate după metabolism, modul de acțiune etc., clasificarea după structura chimică în barbiturice și nonbarbiturice fiind cea mai clasică.

BARBITURICELE. Sunt derivați ai unui produs sintetic lipsit de activitate centrală, melanilureea sau acidul barbituric (Bayer, 1863), de la care dețin nucleul comun.

Proprietățile lor psihofarmacologice sunt definite de diferiții radicali laterali (R). Ei pot provoca de la un efect de sedație la unul de comă și constituie anticonvulsivanții clasici ai epilepsiilor. Barbituricele sunt depresori centrali ai respirației (risc major în intoxicațiile acute). Sunt, de asemenea, puternici inductori de enzime hepatice, de unde și fenomenul de toleranță observat. Absorbția se face prin mucoasa intestinală (de la 30 de minute la 3 ore). Metabolismul este hepatic, iar eliminarea se face renal. Modul de acțiune ar fi legat de activitatea lor gabaergică (→ GABA).

Principalele barbiturice utilizate în Franța sunt amobarbitalul, pentobarbitalul, fenobarbitalul și secobarbitalul, atât singure cât și asociate.

NONBARBITURICELE

Benzodiazepine. Acestea reprezintă un grup larg de molecule derivate dintr-un nucleu complex comun. Toate posedă proprietăți anxiolitice, sedative, miorelaxante, anticonvulsivante și ataxice, în grade variate.

Absorbția se face în tubul digestiv superior (de la 30 de minute la 4 ore), iar benzodiazepinele se leagă cu proteinele (90%). Modul de acțiune, care face obiectul a multiple cercetări, ar fi datorat unei activități asupra receptorilor complecși benzodiazepinici gabaergici postsinaptici. Se descriu și fenomene de dependență.

Principalele benzodiazepine utilizate ca hipnotice sunt: clorazepat, flunitrazepam, nitrazepam și triazolam.

Alte hipnotice nonbarbiturice. Industria farmaceutică nu încetează să dezvolte noi hipnotice cu mecanism de acțiune încă slab cunoscut. Dintre hipnoticele clasice încă larg utilizate, să citățm carbamatele, al căror principal reprezentant este meprobamatul, metaqualona, glutetimida și hidratul de cloral. Fenotiazinele, ca alimemazina și protemazina, ca și diverse neuroleptice, sunt și ele prescrise ca hipnotice. După anxiolitice, hipnoticele sunt psihotropele cele mai căutate. Indicațiile lor, alegerea medicamentului, urmarea tratamentului și implicațiile sale cer o supraveghere medicală atentă.

Bibl.: Goldenberg, F., „Pharmacologie du sommeil", in Benoît, O., *Physiologie du sommeil*, Masson, Paris, 1984; Gordon, Jesse, ed., *Handbook of clinical and experimental Hypnosis*, Collier MacMillan, London, 1967.

HIPNOTISM (engl. *hypnotism*). **Ansamblul proceselor hipnozei și al tehnicilor care permit provocarea acesteia.**

Prin extensie, este tot ceea ce are legătură cu domeniul hipnozei, atât în ceea ce privește aspectele sale teoretice și practice, cât și utilizarea în scopuri terapeutice, medico-judiciare, religioase sau spectaculare.

HIPNOZĂ (engl. *hypnosis*). **Stare modificată de conștiință, trecătoare și artificial provocată prin sugestie de către o altă persoană, zisă „hipnotizator", stare caracterizată printr-o susceptibilitate crescută la influența acesteia din urmă și printr-o reducere a receptivității la alte influențe.**

Această modificare de conștiință și de memorie se asociază cu idei și reacții care nu-i sunt familiare subiectului, fiindu-i în parte sugerate de către hipnotizator. Fenomene ca letargia, anestezia, paralizia, rigiditatea musculară și modificările vasomotorii cu localizare uneori foarte precisă pot fi provocate în această stare, întreținute sau suprimate, independent de libera voință a subiectului. Unui discipol al lui F.A. Mesmer, marchizul de Puységur, îi revine meritul de a fi descris cel dintâi această stare de „somnambulism provocat" prin magnetismul animal, în 1784, iar un dentist din Manchester, J. Braid, a utilizat acest „somn artificial" ca metodă de a-și anestezia pacienții și a numit-o „hipnoză", în 1843, elaborând o primă teorie a hipnotismului. Aceasta va fi aprofundată la Nancy de A. Liebault și H. Bernheim, care au pus pe prim-plan rolul sugestiei, și de J.M. Charcot, care, la Paris, în aceeași perioadă, o asimila, desigur în mod abuziv, cu fenomenele isteriei. S. Freud va arăta, cel dintâi, că hipnoza permite manifestări ale activității inconștientului, și tocmai pornind de la practica acesteia va descoperi el psihanaliza. Dacă isteriicii rămân subiecții cel mai ușor de hipnotizat, J. Hilgard a arătat (1970) că la fel stau lucrurile cu t cei ale căror facultăți imaginative creative, precum și credulitatea religio sunt deosebit de dezvoltate. Dimpotri oamenii de știință și sportivii, care se c sacră competițiilor, ar fi cei mai refract la hipnoză.

Bibl.: Mavromatis, A., *Hypnagogia*, Routled London, 1990; Tordjman, G., *Comment co prendre l'hypnose*, L.R.P., Saint-Léonard, Cana 1978.

HIPOESTEZIE (engl. *hypoesthesi* **Tulburare cantitativă a percepțiilo senzoriale care rezultă din diminuare percepției stimulărilor senzitive.**

Există hipoestezii ale sensibilității d toate felurile și hipoestezii mai specifice care interesează exclusiv, sau cu o net predominanță, sensibilitățile dureroas proprioceptivă, tactilă sau termică.

HIPOMANIE (engl. *hypomania*). **Formă atenuată de excitație maniacă.**

Ea reprezintă adesea perioada premonitorie a maniei. Uneori apare ca o stare de supraexcitație permanentă, mai obositoare pentru anturaj decât pentru subiect. → PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ.

HIPOTONIE (engl. *hypotonia*). **Diminuare a tonusului muscular, care se manifestă printr-o mai mică rezistență a mușchilor și alungirea lor pasivă.**

Hipotonia noului-născut se datorează în mod deosebit malnutriției, bolilor cronice cu ecou general asupra organismului, cum sunt cardiopatiile, encefalopatiile etc.

HISTRIONISM (engl. *histrionism*). **Atitudine caracterizată prin trebuința de a atrage atenția asupra propriei persoane și de a seduce anturajul.**

Manifestare frecventă a caracterului isteric, histrionismul se apropie de teatralism, fiind asociat cu hipermimie și hiperexpresivitate emoțională. Se însoțește adesea cu lăudăroșenia și fanfaronada.

HOLOFRAZĂ (fr. *holophrase*). **Cuvânt care conține în el toate elementele unei fraze.**

După E. Littré (1877), limbile holofrastice sunt „limbi în care fraza în întregime, subiect, verb, și chiar incidentă, este aglutinată ca într-un singur cuvânt". În al său seminar din 1953–1954, Lacan explică faptul că, pentru el, holofraza nu este „intermediar între o asumare primitivă a situației [...], care ar ține de registrul acțiunii animale, și simbolizare". Holofraza nu este pentru el nici o „primă înnămolire" într-un mod verbal, ci, dimpotrivă, un element al registrului simbolic definit la propria sa limită sau periferie. Această deturnare a unui termen lingvistic permite un dublu aport teoretic. În psihoze, în primul rând, holofraza se manifestă ca o veritabilă compresiune forțată a lanțului semnificant, comparabilă cu un tren accidentat în care fiecare vagon ar fi fuzionat cu unul sau două alte vagoane. Serge Leclaire (1957) dă exemplul unui pacient psihotic care utilizează termenul *beaujolais* spre a desemna un impermeabil, semnificația holofrastică fiind *„moi jè suis beau et jo est laid"*. În fenomenul psihosomatic, Lacan (1953) susține că totul se petrece „ca și cum ceva este scris în corp, ceva ce este dat ca o enigmă". Această enigmă, care ar fi ca înghețată, ar comporta o juisanță specifică prin fixația sa și ar fi „profund înrădăcinată în imaginar". Dacă holofraza nu este pentru Lacan un concept în adevăratul sens, ea constituie totuși o noțiune „pe care o rânduim lângă metaforă și metonimie" (A. Stevens), deoarece toate trei privesc funcționarea lanțului semnificant și tulburarea psihologică.

Bibl.: Lacan, J., *Les écrits techniques de Freud*, Le Seuil, Paris, 1975; Leclaire, S., „À la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", *Évolution psychiatrique*, 2, 1958; Stevens, A., „Holophrase, entre psychose et psychosomatique", in *Ornicar*, Navarin, Paris, 42, 1987–1988.

HOMEOSTAZIE (engl. *homeostasis*). **Tendință a organismelor vii de a menține constante condițiile de viață.**

PSIHOFIZIOL. Îi datorăm lui W.B. Cannon (1926) conceptul de *homeostazie*, pe care el l-a creat spre a desemna ansamblul mecanismelor fiziologice care permit să se mențină mediul intern într-o stare de echilibru. Principiul homeostaziei se bazează pe ideea că interacțiunile dintre mediu și organism modifică starea acestuia din urmă; or, supraviețuirea organismului necesită menținerea proprietăților fiziologice ale diferitelor sale elemente între limite relativ precise. Orice risc de depășire a acestor limite declanșează retroacțiuni care vor pune în joc mecanismele capabile să restabilească echilibrul rupt. Pe baza ansamblului de fenomene adaptative și a proceselor de autoreglare, conceptul de *homeostazie* a fost extins la psihologie de către C.P. Richter și la etologie de către K. Lorenz.

Dacă principiul homeostaziei nu este repus în cauză, lucrările mai recente ale cronobiologilor au demonstrat că mediul intern nu este constant în sensul strict al termenului, ci fluctuează în mod periodic, ritmic, între valori extreme. El este deci în permanență schimbător. Tocmai depășirea acestor valori declanșează procesele homeostatice.

PSIHIATR. După câțiva ani, o dată cu dezvoltarea terapiilor familiale sistemice, termenul este utilizat pentru a descrie orice rezistență a familiei la schimbare, aceasta fiind „considerată drept o eroare care trebuie corectată sau înfrânată". Răspunsul hiperhomeostatic este frecvent în toate grupurile familiale disfuncționale și rigide, în special în acelea zise „de tranzacție schizofrenică". Se înțelege că o asemenea rigiditate ar putea jena considerabil orice proces terapeutic de schimbare. → TERAPIE FAMILIALĂ.

HOSPITALISM (engl. *hospitalism*). **După R. Spitz, stare de alterare fizică profundă ce se instalează progresiv la copiii foarte mici plasați în instituții care suferă o carență afectivă gravă.**

Dacă separarea de mamă survine dup 6 luni, când este deja stabilită o anumi formă de relație mamă–copil, dar fără c identificarea cu o imagine stabilă să f încă posibilă, atunci inhibiția anxioas asociată cu dezinteresul pentru lum exterioară (depresie anaclitică), poate s dispară de îndată ce copilul își regăseș mama. În caz de carență afectivă totală precoce, tulburările merg până la marasm și, eventual, la moarte. Studiile asupr hospitalismului au determinat reform profunde în condițiile de spitalizare a sugarilor.

I

IATROGEN (engl. *iatrogenic*). **Se spune despre ceea ce a fost provocat de tehnicile de diagnostic și de tratament medical, vorbind de o maladie, de un accident morbid.**

Acest calificativ înglobează, de fapt, toate efectele negative ale unei acțiuni medicale, fie aceasta o atitudine, un diagnostic, un tratament, o prescripție de medicamente. În mod paradoxal, ameliorarea, vindecarea nu sunt niciodată numite „iatrogene", fiind calificate în felul acesta doar complicațiile, tulburările produse de către terapeuți. Este tocmai ispășirea marilor progrese ale medicinei, care au permis utilizarea de tehnici și de medicamente tot mai eficiente și mai diversificate, dar și tot mai periculos de manipulat. Este „oarecum luxul unei practici medicale ample și dezvoltate, cu multipli agenți și cu utilizatori încă și mai numeroși" (G. Lanteri-Laura).

La început au fost acuzate mai ales medicamentele, pentru efectele lor nocive: intoleranță și tulburări sanguine provocate de antibiotice, de antiepileptice; leziuni hepatice și diskinezii datorate folosirii neurolepticelor; tulburări cardiovasculare produse de unii antidepresori etc. Azi am putea repera și complicații iatrogene în legătură cu atitudini medicale nepotrivite față de pacienți sau de anturajul acestora, cu tehnici diagnostice socotite prea invazive, cu psihoterapii consecutive unor indicații greșite sau conduse necorespunzător, ca și în legătură cu condiții de spitalizare inconfortabile din punct de vedere fizic sau moral. De fapt, totul în comportamentul unui medic poate deveni iatrogen dacă acesta nu este ancorat într-o competență suficientă, într-un control autocritic permanent (punând la îndoială în special a sa „dorință de a vindeca", întotdeauna ambiguă) și într-o atitudine mereu respectuoasă față de pacient și familia sa.

IATROGENIE (engl. *iatrogeny*). **Producere de tulburări morbide, de boli din cauza medicamentelor, a tratamentelor medicale sau chirurgicale, a atitudinilor medicale inadaptate sau prost controlate.**

În mod paradoxal, așadar, avem de-a face cu efecte nocive produse la pacient de acțiuni medicale — diagnostice sau terapeutice — întreprinse în scopul ameliorării stării sale de sănătate și chiar, dacă e posibil,

a însănătoșirii sale complete. Așa sunt, de exemplu, complicațiile provocate de folosirea unor medicamente, sechelele grave ale unor intervenții chirurgicale, agravarea nevrozei în cursul unei psihanalize prost conduse (nevroză de transfer interminabilă), apariția de tulburări psihice noi legate de o spitalizare prelungită (nevroză instituțională, azilism) sau o decompensare psihotică în urma unei psihoterapii care vizează doar să suprime un anumit simptom. Lista este extrem de lungă și trebuie să-i facă pe medici în același timp prudenți și cât se poate de modești.

IDEAȚIE (engl. *ideation*). **Formare și înlănțuire de idei.**

Ideația poate fi tulburată de o prea mare rapiditate a ei în accesul maniac: este fuga de idei*. Ea este, dimpotrivă, încetinită și diminuată în deteriorarea mentală*, pacientul având tendința de a relua neîncetat, cu o monotonie de care nu este conștient, aceleași teme care îl preocupă: prezintă în acest caz simptome care țin de perseverație* și de trăncăneală.

IDENTITATE → TULBURĂRI DE IDENTITATE.

IDIOTISM (engl. *idiotic state*). **„Obliterare a facultăților intelectuale și afective" (P. Pinel, *Traité sur la manie*, 1800).**

Sub termenul de *idiotism*, Pinel regrupa atât deficitul congenital de dezvoltare intelectuală pe care Esquirol îl va numi *idiotie**, cât și încremenirea subită a activității psihice, pe care el o numea „idiotism dobândit". Acesta devine „demență acută" în concepția lui Esquirol (1818), „stupiditate" în terminologia lui E. Georget (1820) și „confuzie mentală primitivă" în aceea a lui Ph. Chaslin (1895). În pofida criticilor aduse de Esquirol, acest concept nosografic are avantajul de a nu fixa aspectul deficitar de o fatalitate congenitală și de a-l asocia dimpotrivă, la noțiunea de confuzie mentală dobândită, susceptibilă de a fi reacțională față de emoții puternice sau față de diverse traumatisme psihice. Dacă ar fi fost păstrat, ar fi permis abordarea mai de timpuriu a unei problematici a psihozei infantile, pe care doctrina lui Esquirol a redus-o, timp de mai bine de un secol, la o simplă defectologie.

IDIOȚIE (engl. *indiocy*). **Formă majoră de arieraţie mentală profundă, corespunzând unui coeficient de inteligență inferior lui 30.**

Creat de E. Esquirol în scopul de a înlocui termenul *idiotism**, care i se părea ambiguu în măsura în care avea și un sens gramatical [DEX, de pildă, nu înregistrează decât sensul lingvistic — notă L.G.), cuvântul *idiotie* semnifica pentru el gradul cel mai grav de absență a dezvoltării inteligenței. Îl opunea celui de *demență*: „În demență omul este privat de bunurile de care se bucura altădată; este un bogat devenit sărac. Idiotul a fost întotdeauna în nenorocire și mizerie. Starea dementului poate varia, pe când a idiotului este mereu aceeași. Dementul are multe trăsături din copilărie, pe când idiotul conservă mult din fizionomia sa de om gata făcut. Și la unul și la celălalt senzațiile sunt nule sau aproape nule; dar dementul vădește în organizarea sa și chiar în inteligența sa ceva din perfecțiunea din trecut; idiotul este ceea ce a fost întotdeauna, este tot ceea ce poate fi în raport cu organizarea sa primitivă." Acest punct de vedere fixist asupra idiotiei a contribuit la valorificarea tezelor organiciste și ereditariste despre arieraţie ca oligofrenie, consecință a unei agenezii a anumitor structuri cerebrale. Ar determina, de asemenea, un pesimism în ceea ce privește pronosticul, încurajând atitudinile de excludere și de simplă supraveghere și abandonând orice psihopatologie infantilă de tip psihotic și autistic, care, netratată, duce în mod efectiv la o expresie deficitară ce se poate învecina cu idiotia.

IGIENĂ MENTALĂ (engl. *mental hygiene*). **Domeniu al activităţii medico-psihologice consacrat studierii și utilizării a diferite mijloace convenabile de conservare a sănătății mentale într-o populație extinsă și, deci, de a preveni apariția maladiilor mentale la cât mai mulți membri ai acestei populații.**

Axată de la bun început pe noțiunile de acțiune socială extinsă și de profilaxie, ideea de igienă mentală a fost dezvoltată de psihiatrul nord-american (de origine elveţiană) A.Meyer, după apariția în 1907 a unei lucrări a unui fost bolnav mintal, Cliff W. Beers, unde el explică modul în care a putut fi vindecat de boala sa. Meyer a întocmit planurile unei foarte largi organizații de igienă mentală: pentru eficacitatea tratamentului în cadru spitalicesc, apoi familial și profesional, pentru prevenirea tuturor categoriilor de tulburări (alcoolice, infecțioase, legate de dezorganizarea familiei, de delincvența juvenilă, de lipsa de prevedere în ceea ce privește condițiile ereditare ale familiei, de insuficiența sanitară). El definea problema prolifaxiei pe planul etic al nivelului de demnitate și de grijă pentru integritatea personală și considera că arma cea mai bună ar fi educația și instituirea unei morale a „cetățeanului".

În Franța, E. Toulouse a fost acela care a înființat primul dispensar zis „de profilaxie mentală", care a fost începutul unei întregi serii de dispozitive medicopsihologice însărcinate să prevină și să trateze tulburările mentale, atât prin informarea și educarea publicului cât și prin precocitatea utilizării a diverse terapeutici, în urma unei depistări la vreme a primelor semne de deteriorare mentală. Aceste dispozitive s-au dezvoltat după cel de-al doilea război mondial, îndeosebi din anii '60, fiind tot mai mult integrate sectorului psihiatric.

ILUZIA „DÉJÀ VU" (engl. *illusion of „déjà vu"*). **Impresie intensă și instantanee de a fi trăit sau perceput deja, cu aceeași tonalitate afectivă, situația prezentă.**

Acest fenomen care, pentru H. Bergson, ar ține de „o slăbire temporară a atenției generale față de viață", poate avea loc la subiecți normali, dar este deosebit de frecvent în psihastenie și în schizofrenie, precum și în cazul unor leziuni ale lobului temporal (luând în acest caz o alură paroxistică, cu modificarea profundă a stării de conștiință, de tipul *stare de reverie* (engl. *dreamy state*).

ILUZIA DUBLILOR (engl. *syndrome of doubles*). **Tulburare gravă a identificării unor persoane cunoscute, caracterizată prin negarea identității acestora și prin credința delirantă că au fost înlocuite de o sosie.** (Sinonim: sindromul Capgras.)

Numită mai întâi „iluzia sosiilor" de către J. Capgras și J. Reboul-Lachaux, care au fost cei dintâi care au descris-o în 1923, această nerecunoaștere apare ca un refuz al bolnavilor de a admite adevărata personalitate a celor apropiați. Puși în fața acestora, dacă nu se poate ca ei să nu recunoască o asemănare tulburătoare, în schimb le

neagă identitatea și pretind că au de-a face cu un dublu sau cu o sosie.

Survenind uneori în cursul unor accese delirice sau confuzionale, acest sindrom apare mai ales în delirurile cronice pe teme de persecuție, bine sistematizate (ca în cazul princeps), și în formele paranoide ale schizofreniei, unde adesea se asociază cu false recunoașteri. S-au descris și alte sindroame de nerecunoaștere delirantă, reliefând, de asemenea, identificări proiective psihotice: sindromul Fregoli (P. Courbon, J. Fail, 1927), în care pacientul crede că persecutorul său se ascunde sub vestimentația și aspectul a diverse persoane care îi sunt familiare, trecând de la o înfățișare la alta, cum făcea iluzionistul L. Fregoli, transformându-se rapid într-un mare număr de personaje; intermetamorfoza (Courbon și J. Tusques, 1932), care, de asemenea, se bazează pe credința delirantă în transformări multiple ale persecutorului; sindromul dublului propriei persoane (G. N. Christodoulou, 1978), veritabilă iluzie autoscopică în care subiectul este convins că imaginea sa, ca în *Horla* de Maupassant sau ca în *Dublul* de Dostoevski, a fost luată de persecutor, care s-ar ascunde în spatele ei.

Bibl.: Trethowan, W. H., Enoch, M. P., *Uncommon Psychiatric Syndromes*, J. Wright, Bristol, 1980.

IMAGINAȚIE DELIRICĂ (engl. *delusional imagination*). **Delir cronic ce se caracterizează prin preponderența mecanismului imaginativ.**

Tocmai prin dezmembrarea delirului cronic* descris de V.Magnan, elevii acestuia au individualizat delirul de interpretare* (P. Sévieux și J. Capgras), psihoza halucinatorie cronică (G.Ballet) și imaginația delirică (fr. *délire d'imagination*). E. Dupré care, împreună cu colaboratorul său B. Logre, a studiat timp îndelung mitomania*, a descris în 1914 acest de imaginativ în care producțiile delirice loc într-un mod dezordonat, având conținut extravagant, uneori fantast Sunt fabulații luxuriante, pe teme mega manice, destul de prost organizate și u ori împrăștiate, care îmbogățesc ac delir incoerent, lipsit de logică, ceea ce distinge de paranoia.

Pacienții suferinzi de imaginație delir în pofida excentricității lor, păstrează bun contact cu realitatea, ceea ce perm diferențierea lor de schizofrenici. Ei confundă, de fapt, cu bolnavii de parafren confabulatorie și fantastică, afecțiu definită de E. Kraepelin mai devreme c câțiva ani.

IMAO (engl. *MAOI*). **Familie de anti depresori care au în comun capacitat de a inhiba activitatea unei enzim monoaminoxidaza (MAO).**

Încă din 1952, J. F.Buisson, elev al lu J. Delay, a remarcat activitatea euforizantă a izoniazidei în cursul unui tratament antituberculos, dar Saunders și N. Kline (1957) sunt cei cărora le datorăm descoperirea proprietăților antidepresive ale celui dintâi IMAO veritabil: iproniazida.

IMAO sporesc proporția de catecolamine cerebrale prin inhibarea enzimei care permite degradarea lor, ceea ce se acordă cu teoriile biochimice care văd în depresie o insuficiență în monoamine centrale. Ca și triciclicele, altă mare familie de antidepresori, IMAO au la animal efecte caracteristice, în special antagonism față de acțiunea farmacologică a rezerpinei.

Au indicații mai limitate decât triciclicele sau decât antidepresorii din generația a doua în tratamentul depresiei. Într-adevăr, IMAO obligă la o strictă supraveghere

clinică, date fiind posibilele efecte secundare, neputând fi asociate fără risc cu numeroase medicamente și cu unele alimente.

În plus, inhibitorii monoaminoxidazei sunt eliminați lent, ceea ce complică stoparea tratamentului, mai ales când se decide să le fie substituit un alt medicament.

UTILIZĂRILE IMAO. La ora actuală, doar doi IMAO mai sunt comercializați în Franța:

– *Iproniazida*: efectul său asupra melancoliei pare la fel de puternic, dar este mai inconstant decât acela al triciclicelor. Din cauza proprietăților de stimulent, care l-au făcut pe Kline s-o califice inițial drept „Psychic Energizer" (energizant psihic), iproniazida este propusă și pentru tratamentul nevrozei psihastenice.

– *Nialamida*: adesea este mai bine tolerată decât iproniazida.

Un IMAO necomercializat în Franța, fenelzina, este utilizat de anglo-saxoni în unele forme de anxietate, mai ales în accesele de panică.

Dintre *efectele toxice* ale IMAO sunt de reținut:

– o hipotensiune importantă sau, dimpotrivă, o hipertensiune paroxistică; în caz de colaps cardiovascular, medicamentele simpaticomimetice nu sunt autorizate din cauza hipersensibilității receptorilor catecolaminergici indusă de IMAO;

– hepatite toxice;

– rareori, accidente neurologice de tipul polinevritei membrelor inferioare sau al nevritei optice, care regresează cu ajutorul vitaminoterapiei B.

TRATAMENT ȘI PRECAUȚII. În caz de tratament cu IMAO se impun respectate unele *precauții*. În mod deosebit, asocierile cu alte medicamente trebuie întotdeauna discutate. Din cauza lungii perioade de eliminare a IMAO, un interval de timp de două săptămâni trebuie avut în vedere după oprirea administrării IMAO, înainte de a întreprinde un tratament cu un antidepresor triciclic. Se recomandă un regim sărac în tiramină (responsabilă de hipertensiune): trebuie evitate brânzeturile fermentate, drojdia, băuturile alcoolice, bananele.

Reticența de a prescrie IMAO este mai mică în țările anglo-saxone. În Franța sunt prescriși mai ales în cazul eșecului altor antidepresori. Cu toate acestea, dezvoltarea de noi IMAO, mai maniabili, deoarece inhibă ireversibil monoaminoxidaza (toloxatonă), fiind uneori la fel de specifici (inhibitori ai MAO de tip A, cu implicare în tulburările psihice: moclobemidă, brofaramină), ar putea să suscite interesul clinicienilor, în cazul în care acești noi compuși se dovedesc la fel de eficienți ca IMAO clasici.→ ANTIDEPRESOR.

Bibl.: Kinemuchi, H., Fouler, C.J., Tiphon, K.F., *Monoamine Oxydaze and Disease*, Academic Press, London, 1984; Lehman, H.E., *Non-Tricyclic and Non-Monoamine Oxydase inhibitors*, S. Karger, Basel, München, Paris, 1982; Zarrifian, E., Lôo, H., *Les antidépresseurs*, Roche, Paris, 1982.

IMATURAȚIE (engl. *immaturity;* fr. *immaturation*). **Întârziere a dezvoltării unui organism, a structurilor și funcțiilor sale.**

Vorbim, prin analogie, de imaturație afectivă la un subiect a cărui dezvoltare deplină spre vârsta adultă nu s-a realizat. Această imaturație se exprimă prin persistența unui comportament pueril, printr-un anumit infantilism, printr-o fragilitate

emoțională. Ea însoțește, în general, o stare de arierație mentală* ușoară și poate predispune la decompensări nevrotice sau chiar psihotice subacute, de exemplu un acces delirant*.

IMATURITATE (engl. *immaturity*; fr. *immaturité*). **Stare a unui organism viu care nu și-a încheiat maturația.**

Evaluăm deci imaturitatea în raport cu o stare matură, stabilă sau încheiată. Imaturitatea biologică este atestată de incompletitudini funcționale. Caracteristicile imaturității nervoase nu sunt cunoscute cu precizie. Se admite în prezent că pluriinervația, luxuriența celulară constituie semnele sale patente în contrast cu sărăcia conexiunilor.

Imaturitatea psihică, concept din limbajul curent, poate fi definită în lumina mai multor criterii care, toate, sunt pluridimensionale și diferă conform cu modul de abordare ales: absența de autonomie a tânărului în raport cu adultul, imposibilitatea de a-și asigura satisfacerea trebuințelor vitale, de a-și controla mișcările și emoțiile apar pe prim-plan în cazul unei observații superficiale. Abordările experimentale au permis adoptarea altor criterii, care adaugă și uneori substituie, la deficitele observate, deosebiri calitative. Astfel, plasticitatea sistemului nervos imatur, organizarea comportamentelor la sugar, în primele luni de viață, nu ar avea aceeași formă ca plasticitatea și organizarea comportamentală la cel matur. La speciile mai evoluate, la care imaturitatea nu se resoarbe la naștere și care se caracterizează prin durata dezvoltării lor, stările imature nu implică în mod necesar o funcționare și conduite mai elementare decât acelea de la maturitate.

IMERSIE (engl. *flooding*). **Metodă utilizată uneori în terapia comportamentală pentru tratamentul tulburărilor fobice sau fobo-obsesionale.**

Constă în confruntarea directă a pacientului cu stimulul sau cu situația de care se teme, lăsând ca angoasa sa să ajungă la paroxism. Diferă, în aplicarea sa, de tehnicile de desensibilizare în care confruntarea cu situațiile se face în mod gradual.

Imersia se poate practica în real (*in vivo*); anxietatea este în acest caz provocată direct, prin prezența obiectului fobogen (un animal sau praf, de exemplu). Comportamentalistul poate, de asemenea, să-i evoce pacientului situația sau obiectul pe planul imaginației, prin jocul reprezentărilor mentale.

Numim *implozie* utilizarea implicită a teoriilor psihanalitice în alegerea imaginilor de evocat.

Tehnicile imersiei își propun să stingă (termenul trebuie luat în sensul unei deconditionări) reacțiile de evitare sau de fugă pe care le generează starea emoțională a subiectului. Ele pornesc de la ipoteza verificată pe animale, potrivit căreia anxietatea se reduce după ce a atins o intensitate maximală.

Prin 1977, unii autori (Marks, Foa) au preconizat, pentru ca această metodă să fie eficace, o durată lungă de expunere (două ore sau mai mult) și ședințe apropiate una de alta, care să le permită să obțină, într-un termen scurt, ameliorări simptomatice ale fobiilor simple și ale unor tulburări obsesiv-compulsive. Pe marginea acestora din urmă, autorii notează că obsesia, de exemplu aceea legată de murdărie, care determină ritualuri de spălare, scade în ședințele în care pacienții, puși în prezența unor obiecte considerate de ei murdare sau pătate, nu au posibilitatea de a le curăța și

nici de a-și spăla mâinile. Practica acestei tehnici, cunoscută și sub denumirea de *prevenire a răspunsului*, cere ca bolnavul să fie perfect informat asupra ipotezelor pe care ea se bazează, precum și asupra modului ei de desfășurare.

IMPOTENȚĂ (engl. *impotence*). **Disfuncție sexuală care se exprimă prin incapacitatea de a practica normal și complet actul sexual.**

Se exprimă, la bărbat, prin diminuarea frecvenței și intensității erecțiilor. În cazul impotenței primare, individul nu ajunge niciodată la coit, pe când impotența secundară survine după o perioadă de activitate sexuală satisfăcătoare. Ea este adesea în legătură cu dificultăți de un alt ordin, datorate unor evenimente sau unor probleme afective cu componentă anxioasă. Rareori totală, impotența este susceptibilă, când nu este de origine fiziologică sau medicamentoasă, să fie supusă unor tratamente psihologice, de exemplu cu tehnicile lui W. H. Masters și V. E. Johnson sau cu metode comportamentaliste de desensibilizare sistematică. Se pune în acest caz problema diminuării anticipării anxioase care generează perspectiva unei tentative soldate cu un nou eșec.

IMPULS (engl. *impulse*). **Tendință irezistibilă de a săvârși un act.**

În psihiatrie, impulsurile pot fi dirijate contra lucrurilor (piromania, de exemplu) sau contra persoanelor (agresiune, omicid). Ele au loc pe neașteptate la schizofrenici și sunt obișnuite în comportamentul psihopaților, alcoolicilor, epilepticilor, hipomanilor și al unor paranoici. Impulsurile se deosebesc net de compulsii* prin faptul că se produc spontan, fără a fi precedate de nici o luptă anxioasă interioară.

IMPULSIVITATE (engl. *impulsiveness*). **Tendință la acte neașteptate și incoercibile, care scapă controlului voinței și se desfășoară cvasiautomat și în mod ineluctabil după ce s-au declanșat.**

INADAPTARE (engl. *maladjustment*). **Absență de bună integrare și de relații adaptate și armonioase cu mediul în care trăiește subiectul.**

Vorbim de inadaptare familială, școlară, socială sau profesională, la a cărei origine poate sta tot atât de bine o boală sau o deficiență (→ HANDICAP), cât și o excludere socială sau o nefastă orientare profesională, de exemplu. Termenul a fost utilizat după Eliberare, când a fost creat „Consiliul tehnic francez al copilăriei deficiente sau aflate în pericol moral", în scopul de a identifica întreaga populație infanto-juvenilă care avea nevoie de măsuri medicale, psihologice sau educative diferite de acelea prevăzute pentru majoritatea celorlalți tineri, spre a fi readuși la o „viață normală" (D. Lagache). Psihiatrul R. Lafon, din Montpellier, face ca noțiunea de „copilărie inadaptată" să acopere aproape întregul domeniu al psihiatriei infanto-juvenile și al predelincvenței. Pentru Lafon, inadaptatul este „fie un tânăr subiect pe care anomaliile sale, insuficiența aptitudinilor sau a eficienței sale generale, sau defectele de caracter îl pun în conflict prelungit cu realitățile sau exigențele unui anturaj conform vârstei și originii sale sociale, fie un tânăr subiect ale cărui aptitudini și eficiență sunt satisfăcătoare și al cărui caracter este normal, dar care suferă din cauza unui mediu neconform cu trebuințele sale corporale, afective, intelectuale sau spirituale, fie, în sfârșit, un tânăr inadaptat sau deficient care trăiește într-un mediu neconform". Ceea ce duce la trei

mari tipuri de inadaptare: aceea care ține de copil, aceea care ține de mediu și aceea care ține și de copil, dar și de mediu.

Aceste concepții stau la originea primelor centre medicopsihopedagogice, a organismelor de depistare precoce a diverselor deficiențe instrumentale sau senzoriale, a unor instituții de educație specializată și de prevenire dintre cele mai diferite, în final, la crearea intersectorului de psihiatrie infanto-juvenilă.

INAFECTIVITATE (engl. *lack of affectivity, insensitiveness*). **Absența a sentimentelor și a vieții emoționale.**

Este adesea mai mult o aparență decât o realitate, deoarece, cu excepția arieratului profund, a dementului sau autistului cufundat în refugiul său interior, nici un om, chiar și bolnav mintal grav, nu este lipsit de orice sensibilitate și de orice posibilitate a reacțiilor afective sau emoționale.

De fapt, avem de-a face mai degrabă cu o indiferență afectivă* datorată pierderii tranzitorii a unui contact cu lumea exterioară sau unei dezorganizări a relațiilor afective așa cum se observă aceasta în unele faze procesuale ale schizofreniei și în stările autistice.

INCENDIATOR (engl. *arsonist*). **Se spune despre orice persoană care în mod involuntar pune foc spre a provoca un incendiu.**

Portretul tip al incendiatorului este următorul: „bărbat celibatar, 30 de ani, nu și-a satisfăcut serviciul militar, fără mobil aparent, provenit dintr-o familie disociată, băutor, dar nu în stare de beție în cursul actului".

Forma patologică și impulsivă a acestui comportament se numește piromanie.

INCEST (engl. *incest*). **Relații sexuale între rude apropiate sau aliate, a căror căsătorie este prohibită de lege: de exemplu, tată și fiică, mamă și fiu, unchi și nepoată, mătușă și nepot.**

Anumiți factori favorizează realizarea incestului: izolare morală sau geografică, promiscuitate, alcoolism, carență intelectuală și culturală. Reprimat în condițiile definite de articolele 331 și următoarele ale Codului penal, incestul poate duce la o condamnare a autorului său la o pedeapsă de 20 de ani recluziune criminală. Adesea ascuns de soț, de ceilalți membri ai familiei și de victima însăși, incestul este un viol care provoacă grave perturbații.

GENER. & PSIHAN. În numeroase societăți sunt considerate incestuoase relațiile dintre grupuri mai largi de rude decât membrii familiei nucleare (tată, mamă, fiu, fiică). Lucrul acesta nu face decât să confirme universalitatea interdicției însăși și a forței sale. Interdicția incestului, lege universală care reglează în toate societățile schimburile matrimoniale, este principiul fondator al complexului lui Oedip.

După S. Freud, incestul este dorit întotdeauna în mod inconștient. Prohibirea sa împiedică la om două tendințe fundamentale: uciderea tatălui și căsătoria cu mama. În societățile moderne și de tip occidental, câmpul său de aplicare este restrâns, din punct de vedere psihanalitic, la triunghiul tată–mamă–copil, iar funcția sa este interiorizată. Freud introduce în *Totem și tabu* (1912) mitul originar al uciderii tatălui hoardei primitive, urmată de ispășirea fiilor, spre a explica interiorizarea acestei interdicții care marchează începuturile culturii și ale umanității ca atare.

Această concepție este contestată de C. Lévi-Strauss, ale cărui lucrări permit

resizarea, dintr-un punct de vedere structural, a clivajului cuplului natură-cultură, la care se articulează prohibirea incestului. Acesta nu depinde întotdeauna de gradele de rudenie reale, ci de raportul social care îi fixează pe anumiți indivizi la rangul de tată, mamă, fiu, soră etc. Drept urmare, interdicția incestului este o regulă care își are originea în natură prin caracterul ei de universalitate, dar care își are temeiul în cultură, unde este structurată de limbaj. J. Lacan reia această teză, precizând că copilul nu poate avea acces la simbolic decât cu concursul legii date de tată și care semnifică interzicerea incestului.

Bibl.: Freud, S., *Totem et Tabou*, 1912, trad. fr., Payot, Paris, 1973 [trad. în românește de dr. Leonard Gavriliu, Editura Științifică, București, 1991 și Editura Mediarex, 1996 — notă L.G.]; Héritier, F., *L'exercice de la parenté*, Gallimard Seuil, Paris, 1981; Lévi-Strauss, C., *Le totémisme aujourd'hui*, P.U.F., Paris, 1961; Rouyer, M., Drouet, M., *L'enfant violenté*, Le Centurion, Paris, 1986.

INDIFERENȚĂ AFECTIVĂ (engl. *affective flattening* sau *flattening of affect*). **Stare de insensibilitate sau de inexpresivitate emoțională.**

Este vorba de o răceală afectivă în care subiectul pare să nu trăiască nici un sentiment și nici să manifeste vreo reacție față de mediul care îl înconjoară. Uneori însă nu este decât o aparență, deoarece poate păstra o bună percepere a lumii exterioare și își poate aminti după aceea foarte bine de această perioadă de indiferență. Este îndeosebi cazul atunci când aceasta a apărut în cursul unui acces de melancolie (→ MELANCOLIE), asociată cu o puternică inhibiție care împiedică orice expresie afectivă, sau în unele faze procesuale ale schizofreniei*. În stările de stupoare confuzională, în schimb, în care ea este frecventă, amnezia lacunară, care o însoțește de obicei, arată că avem de-a face cu o pierdere totală a relației cu mediul ambiant.

INFANTILISM (engl. *infantilism*). **Stare a unei persoane caracterizată de persistența la vârsta adultă a unor caracteristici proprii copilăriei.**

Poate fi vorba de caracteristici fiziologice (întârziere în dezvoltare, în creștere și pubertate) sau psihice. Cauzele sunt extrem de variate: genetice, endocrine etc. Infantilismul trebuie deosebit de puerilism, formă de comportament regresivă și reacțională.

INFIRMITATE MOTORIE CEREBRALĂ (engl. *cerebral palsy*). **Sechele ale unor leziuni cerebrale infantile, nonevolutive, care se caracterizează prin tulburări ale motricității, fără afectarea gravă a inteligenței.**

Dacă la aceste tulburări motorii se adaugă un deficit intelectual important, vorbim de encefalopatie.

SIMPTOMELE, DE LA NAȘTERE ȘI PÂNĂ LA VÂRSTA DE 2 ANI. În țările anglo-saxone vorbim de paralizie cerebrală fără a face referință la existența sau inexistența unor tulburări intelectuale. Infirmitatea motorie cerebrală nu este niciodată ereditară, pentru că este legată de o deteriorare encefalică survenită după concepție. La vârsta fetală, cel mai adesea prematuritatea este cauza imaturității neurologice și a riscurilor de anoxie (lipsă de oxigen). Există o corelație între deficitul ponderal la naștere și frecvența de leziuni cerebrale (ar exista riscul unei treimi din sechelele de acest tip pentru o greutate la naștere sub 1 000 grame). Suferința fetală

acută și suferința neonatală constituie riscul cel mai important de infirmitate motorie cerebrală la naștere (aproximativ 50% din cazuri). Factorii în cauză sunt anoxia, stările convulsive, hipoglicemiile și hipocalcemiile. Icterul (gălbinarea noului născut), legat mai ales de o incompatibilitate sanguină rhesus, este un factor de risc pe cale de dispariție, datorită profilaxiei. Unele encefalite, meningite purulente și tulburări metabolice constituie cauzele (mai puțin frecvente) postnatale ale infirmității motorii cerebrale. Aceste leziuni o dată constituite sunt definitive, deoarece neuronii distruși nu mai sunt înlocuiți, însă nu sunt evolutive și deci nu se vor manifesta decât prin sechele pe care le înglobăm în termenul generic de *infirmitate motorie cerebrală*. Aceste sechele vor depinde de localizarea și de cauza leziunii. Dar leziunile survin mai ales la un creier în plină evoluție, care continuă să se dezvolte după naștere. Faptul acesta explică complexitatea simptomelor pe care le prezintă copilul respectiv. Putem spune că leziunile privesc toate structurile cerebrale: cortexul prin rupturi venoase sau hemoragii, substanța albă prin necroză, nucleii cenușii centrali prin fibroză sau icter nuclear. Sechelele infirmității motorii cerebrale diferă deci de afecțiunile neurologice ale copilului mai în vârstă, al cărui creier este mai matur, sau, *a fortiori*, de ale adultului. Copilul infirm cerebral se prezintă după doi ani cu grade variabile de asociere a unor tulburări motorii cu afecțiuni senzorial-senzitive.

COPILUL PARAPLEGIC. Copilul paraplegic (infirm de ambele picioare) prezintă o hipertonie musculară elastică a picioarelor, numită spasticitate, care realizează clasicul sindrom descris de J. L. Little (1853). Această contractură piramid permanentă poate deveni rigiditate. Me brele inferioare sunt încordate, genunc strânși, iar labele picioarelor iau forma copită de cal. Mersul este deci dificil, posibil, deoarece membrele superio mai puțin afectate, permit folosir cârjelor.

COPILUL CVADRIPLEGIC. Alți co prezintă o cvadriplegie (infirmitatea tutu celor patru membre). Spasticitatea po determina retracții tendinoase ce stau originea unor atitudini posturale pa logice, care necesită tratament chirurgic Copilul trebuie, așadar, să trăiască într-u fotoliu rulant. Unii cvadriplegici su atinși de tulburări de tonus, care este flu tuant, variabil de la un moment la altul de la o mișcare la alta. Avem în acest c de-a face cu cvadriplegia atetozică. Atetoz este un sindrom neurologic care se man festă prin mișcări involuntare spontan lente, aritmice și neregulate, de slab intensitate și localizate cel mai adesea extremități. Aceste mișcări nu survin mod constant, ci sunt atenuate în starea d repaus și în poziția ventrală. Ele dispar timpul somnului, dar sunt exagerate de emoții și stimulări. La infirmul motor cerebral aceste mișcări sunt mai marcate la membrele superioare, mai ales la nivelul degetelor, provocând atitudini bizare, comparabile cu mișcările coregrafice ale dansatoarelor asiatice. Fața este foarte schimonosită, mai ales în partea sa inferioară. Faciesul este schimbător, mimicile trec de la râs la uluială sau la grimase. Vorbirea este anevoioasă, pentru că limba este agitată de torsiuni, de încolăciri. Aceste mișcări survin pe un fond de hipotonie care favorizează atitudini vicioase ale trunchiului (scolioză) și extremităților (flexiunea

mâinii pe antebraț și devierea degetelor în „gât de lebădă").

COPILUL HEMIPLEGIC. La infirmul motor cerebral hemiplegic (infirmitatea membrelor superioare sau inferioare de aceeași parte a corpului) se constată predominanța atetozei membrelor superioare și spasticitatea membrelor inferioare. Este vorba de hemiplegia cerebrală infantilă, forma cea mai clasică a maladiei. Adesea ea nu este decelată decât tardiv, după luna a patra, deși este posibilă observarea mai de timpuriu a utilizării defectuoase a mâinii paralizate, care rămâne blocată. Abia la vârsta învățării mersului se constată că subiectul se deplasează cu un picior cu laba deformată în copită, cu gambă în extensie, pe când membrul superior este în flexiune, cu mâna curbată și pumnul strâns. În mod progresiv membrele paralizate se atrofiază și prezintă o scurtare.

TULBURĂRILE ASOCIATE. Cele trei asocieri de tulburări descrise se asociază frecvent cu dificultăți senzoriale și senzitive. Vederea poate fi jenată de existența unui strabism sau a unei alterări a câmpului vizual în hemiplegie. Auzul și fonația pot fi deficiente, asociindu-se cu tulburări de deglutiție și salivare excesivă, care determină dificultăți de limbaj. Există adesea tulburări ale sensibilității superficiale și profunde la originea unei ataxii (tulburarea coordonării și staticii), care se manifestă prin stângăcie, dificultăți de a controla poziția verticală și mersul. Profilaxia trece prin supravegherea medicală a graviditătii. Reanimarea noului născut anoxic trebuie să fie realizată perfect, altfel riscându-se creșterea frecvenței sechelelor de tipul infirmității motorii cerebrale. După naștere, depistarea precoce presupune examinarea sistematică a oricărui sugar la 4 și la 9 luni, apoi la un an și la un an și jumătate. Diagnosticul de infirmitate motorie cerebrală pare posibil de la vârsta de 9 luni. Tratamentul trebuie instituit fără întârziere, în colaborare cu părinții, care trebuie să cunoască metodele de stimulare, gesturile ce se cer evitate și situațiile periculoase. Faza ulterioară a reeducării se face cel mai adesea la centrul de readaptare funcțională, în cazul în care handicapul este prea sever. Echipa pluridisciplinară permite tratarea aspectelor kineziterapeutice, ergoterapeutice, ortofonice și ortoptice, ca și adaptarea la școlaritate. Vârsta impune unele limite progreselor realizate prin reeducare și trebuie să știm să limităm tratamentele bolnavilor la ceea ce putem spera în mod rezonabil. Chirurgia și protezele permit, ori de câte ori este cu putință, reinserția socială și uneori profesională cu concursul centrelor de ajutorare prin muncă sau al atelierelor protejate, chiar în circuitul normal.

Bibl.: Collectif, „L'enfant handicapé physique: développement affectif et cognitif", in *Neuropsychiatrie de l'énfant*, no spécial, 28, 1–2, 1980.

INHIBIȚIE (engl. *inhibition*). **Blocaj al activării emoționale la un subiect care rămâne, fără voia lui, incapabil de reacții sau de inițiative și care uneori poate suferi din această cauză.**

Frecventă la timizi, la psihastenici, la emotivii supuși unor condiții speciale (tăcerea unui candidat la examen, tracul unui actor pe scenă etc.), această conduită se întâlnește mai ales în depresii, unde face parte din sindromul de încetinire (*ralentissement*), bine descris de D. Widlöcher și care, în formele grave, poate merge până la starea de stupoare melancolică.

INJONCȚIUNE PARADOXALĂ (engl. *paradoxal injunction*). **Ordin dat unei persoane în astfel de termeni încât să conțină o contradicție în sine („fii spontan") sau să pună subiectul într-o situație angoasantă și absurdă („dacă faci asta, te bat, iar dacă nu o faci, tot te bat").**

În cazul unor stări anxioase, injoncțiunea paradoxală poate fi utilizată într-un scop terapeutic. Acest tratament este bazat pe observația că anxietatea crește tocmai din cauză că se încearcă evitarea ei prin imaginarea în mod irealist a consecințelor dezastruoase ale actelor sau evenimentelor înfricoșătoare. În *injoncțiunea paradoxală* descrisă de V.E. Frankl în 1960 și reluată de adepții școlilor californiene de psihoterapie, terapeutul prescrie clientului său, cu un anumit umor, să-și reprezinte circumstanțele cele mai de temut și cel mai adesea neverosimile care stau la originea temerilor sale și chiar să încerce să le provoace. Unui psihiatru, de exemplu, îi va spune: „Încercați să aveți o criză cardiacă". În acest caz la acesta are loc un adevărat travaliu cognitiv care îi permite să ia distanță față de propriile sale temeri și chiar să le ridiculizeze. Dacă această strategie poate duce rapid la dispariția unor fobii simple, ea nu trebuie însă niciodată utilizată decât în condițiile unei bune cunoașteri a personalității pacientului.

Bibl.: Frankl, V.E., „Paradoxical Intention", *American Journal of Psychotherapy*, 14, 1960.

INJONCȚIUNE TERAPEUTICĂ (engl. *therapeutic injunction*). **Acțiune în sensul ordonării unui tratament medical.**

În cadrul legii nr. 70–1320, din 31 decembrie 1970, procurorul Republicii îi prescrie în mod imperios unei persoane care a făcut uz în mod ilicit de stupefiante să se dezintoxicheze sau să se pună sub supraveghere medicală. În acest caz nu se va exersa nici o urmărire penală în privința celor care se conformează tratamentului medical prescris și îl urmează până la capăt.

Preocupate de eficacitate și de rapiditate în obținerea acesteia, multe parchete (Paris, Bordeaux, Grenoble, Créteil etc.) au creat un serviciu de injoncțiune terapeutică. Unele parchete și-au asociat, chiar la nivelul locurilor de detenție, medici vacatari angajați de D.D.A.S.S.

INSECURITATE ONTOLOGICĂ (engl. *ontological insecurity*). **Teorie fenomenologică cu privire la schizofrenie.**

Noțiune introdusă de R.D. Laing în 1959 și care ar corespunde tulburării fundamentale în psihoza schizofrenică. „Individul — scrie Laing –, în circumstanțele obișnuite ale vieții se poate simți mai mult ireal decât real, mai mult mort decât viu, în sens literal, în mod precar diferențiat de restul lumii, în așa fel încât identitatea și autonomia sa să fie mereu puse sub semnul întrebării. El nu poate avea sentimentul continuității sale temporale, nu posedă simțul profund al consistenței personale, se simte lipsit de substanță și incapabil să creadă că materia din care este făcut este autentică, de bună calitate. Își poate simți Eul parțial separat de corp."

Această precaritate, pusă de Laing la baza insecurității ontologice, corespunde unei tulburări axiologice majore în măsura în care, dacă ființarea este trăită ca precară, nici o valoare constantă, nici o consistență nu poate fi eșafodată: devalorizarea limbajului se integrează astfel în precaritate sau în reificare ca mod de a exista. Pentru Laing, o ființă care își poate simți Eul parțial separat de corp „nu se mai simte în

siguranță nici în lume și nici în el însuși". O ființă care se găsește în fața precarității ca regulă, formă și măsură a vieții va căuta mai degrabă prezervarea decât satisfacția, deoarece „circumstanțele obișnuite ale vieții amenință pragul său de securitate, care este scăzut". Această formulare este „extrem de asemănătoare acelora ale lui H.S. Sullivan, E. Fromm, Reichmann și S. Arieti, îndeosebi. P. Federn, chiar dacă se exprimă într-un vocabular foarte diferit, pare să fi susținut un punct de vedere foarte apropiat". Laing susține că „dacă individul nu poate simți ca dobândite realitatea, vitalitatea, autonomia și identitatea ființei sale și a celorlalți, devine obsedat de necesitatea de a găsi mijloace de a încerca să fie real, de a se menține în viață [...], de a-și prezerva identitatea, de a împiedica pierderea propriului Eu. Ceea ce pentru majoritatea oamenilor nu sunt decât mărunte fapte cotidiene abia luate în seamă, deoarece nu au semnificație deosebită în măsura în care fie contribuie la susținerea ființării individului, fie îl amenință cu nonființarea (*non-being*). Un astfel de individ, pentru care elementele lumii corespund unei ierarhii de semnificații diferită de ceea ce este aceasta pentru o persoană obișnuită, începe, cum se spune, să «trăiască într-o lume a lui». Nu este totuși exact să spunem, fără a ne cântări cuvintele, că el «pierde contactul» cu realitatea și că se retrage în el însuși". Este o critică a noțiunii avansate de E. Minkowski în teza sa din 1926, anume că în schizofrenie ar exista o pierdere de contact vital cu realitatea. Cu toate acestea, termenul *critică* semnifică aici „analiză și căutare a unei depășiri a poziției date" și nicidecum respingere. Această depășire ar semnifica faptul că un contact cu lumea este menținut prin prisma unei „ierarhii diferite de semnificații" și tocmai în această nouă organizare axiologică putem găsi o indicație extrem de grăitoare cu privire la o tulburare psihotică. Laing își susține ipoteza precizând că evenimentele exterioare nu-l mai afectează pe schizofren „în același mod ca pe ceilalți, ceea ce nu înseamnă că îl afectează mai puțin: dimpotrivă, adesea îl afectează mai mult. În mod frecvent el nu devine «indiferent» sau «retras», dar se poate întâmpla ca lumea experienței sale să fie de așa natură încât să nu o mai poată împărți cu ceilalți". Cu alte cuvinte, tocmai deosebirea axiologică este aceea care accentuează dificultatea contactului intersubiectiv dintre schizofrenie și terapeut, iar Laing se află într-o anumită continuitate cu lucrările lui Minkowski. În consecință, lucrările lui Laing apar ca tentative de sinteză și de depășire a numeroase curente franco-americane. → ANTIPSIHIATRIE; R.D. LAING; E. MINKOWSKI; SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Laing, R.D., *Le moi divisé*, 1961, trad.fr., Stock, Paris, 1970; Laing, R.D., *La voix de l'expérience*, 1982, trad.fr., 1986, Éditions du Seuil, 1986; Minkowski, E., *La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie*, Jouve, Paris, 1926; Minkowski, E., *La schizophrénie*, Payot, Paris, 1927; Garrabé, J., *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, Paris, 1992.

INSTABILITATE (engl. *instability*). **1) Tendință de a-și schimba rapid starea emoțională sau timică. 2) Dificultate de a-și fixa atenția și de a duce mai departe un lucru timp îndelungat.**

Instabilitatea psihomotorie este numită în prezent „sindrom de neatenție-hiperkinezie" (S.I.H.). Afectează aproape 2% dintre copiii de vârstă școlară, cu o netă preponderență masculină (o fată la patru băieți) și se asociază cu un comportament

impulsiv și o slabă toleranță la frustrări. Considerată altădată ca o consecință a unei *tulburări cerebrale minore* (engl. *minimal brain dysfunction*), instabilitatea nu ar fi decât o defensă contra angoasei și se manifestă adesea în situații care produc la copil un sentiment de insecuritate.

INTEGRARE (engl. *integration*). **Proces prin care activitatea sistemului nervos central permite unificarea activității individului.**

C.S. Sherrington (1906) este acela care a emis cel dintâi ipoteza că motricitatea exercită o funcție în integrarea senzorială. Motricitatea ar putea fi considerată un mediator intersenzorial din cauza similitudinii activităților exploratoare realizate de diferitele sisteme perceptive.

INTERNARE (engl. *sectionned confinement*). **Măsură constând în plasarea și menținerea într-un serviciu de psihiatrie, pentru a fi îngrijiți, a unor bolnavi mintali, la cererea familiei sau a autorității publice, în baza vechii legi din 1838.**

Până în 1990 în Franța existau două proceduri de internare psihiatrică: plasamentul voluntar și plasamentul din oficiu. Legea din 30 iunie 1838 este aceea care, suferind diverse modificări, a organizat cele două regimuri de internare până la legea din 27 iunie 1990.

Legea din 1838 prevedea formalități stricte înainte și pe parcursul perioadei de spitalizare. Derogând de la principiul libertăților individuale, legea instaura controale la toate nivelurile: medical, administrativ și judiciar.

Plasamentul voluntar era realizat la voința anturajului: părinți, prieteni, vecini. Necesita o cerere scrisă, un certificat medical și o carte de identitate. În douăzeci și patru de ore de la aprobare, medicul serviciului era obligat să redacteze certificat. El putea să decidă externarea, care trebu să fie instantanee.

Plasamentul din oficiu era realizat f consimțământul unei persoane în stare „ alienare mentală", persoană care „compro mite[a] ordinea publică și securitatea u persoane". Întotdeauna necesita o deci de plasament din partea prefectului, cer ficatul medical nefiind obligatoriu. O toate acestea, în caz de pericol imine comisarii de poliție din Paris și primarii c celelalte comune puteau lua măsuri pr vizorii, cu sarcina de a-i raporta prefec tului, care trebuia să decidă neîntârzi

În ambele forme de plasament, medic înaintau certificate obligatorii la prefect la procurorul Republicii. Pacientul însu și orice altă persoană, de fapt, putea a ceară externarea, scriindu-i prefectulu procurorului sau unui președinte de tr bunal de mare instanță. Acesta din urm hotărând în baza unor referate, putea, dup verificare și dezbateri contradictorii, să pronunțe pentru externarea imediată.

Internările reprezentau până la legea d 1990 mai puțin de 10% din spitalizările psihiatrice. Restul de 90% se făceau în serviciu liber, adică în aceleași modalit proprii spitalizării în serviciul de medicin sau de chirurgie. Deși practicată în mod cu totul excepțional, era posibilă și internarea minorilor.→ LEGEA DIN 30 IUNIE 1838; LEGEA DIN 27 IUNIE 1990; PLASAMENT DIN OFICIU; PLASAMENT VOLUNTAR; SPITALIZARE DIN OFICIU.

INTERSECTOR (fr. *intersecteur*). **Structură administrativă creată în 1972 pentru a organiza și repartiza mijloacele de luare în sarcină a populației infantile, structură care corespunde unei zone geodemografice de 200 000 locuitori, adică la trei sectoare de psihiatrie adultă.**

Altădată, după al doilea război mondial, puterile publice au favorizat în Franța inițiativele private, ceea ce a contribuit la crearea unei mari diversități de instituții pentru copii, fără coordonare națională. Intrarea în funcțiune, din 1964, la nivel ministerial, a Centrului tehnic național pentru copilăria și adolescența inadaptată a permis, într-o primă perioadă, regruparea tuturor asociațiilor private și semipublice și a reprezentanților administrației. Ulterior au fost instituite servicii publice de psihiatrie infanto-juvenilă sectorizate, care s-au adăugat la instituțiile deja existente, cu misiunea de a coordona împreună acțiunea în domeniul igienei mentale infantile.

Scopul intersectorului este de a întreprinde cât mai precoce posibil măsurile necesare îngrijirii copiilor aflați în dificultate, căutând să-i mențină în mediul lor sociofamilial ori de câte ori lucrul acesta este posibil. Continuitatea acțiunii terapeutice este asigurată de membrii uneia și aceleiași echipe, sub responsabilitatea unui medic-șef specialist în pedopsihiatrie. Centrul de sănătate mentală este adesea locul primei întâlniri cu copilul, locul elaborării diagnosticului și al proiectului terapeutic. Cei mai mulți copii beneficiază de îngrijiri ambulatorii, care pot asocia psihoterapia individuală, reeducarea psihomotorie și ortofonia, cel mai adesea cu concursul părinților. Alți copii necesită admiterea într-un spațiu terapeutic cu orar parțial, numit spital de zi. Este vorba mai ales de copiii psihotici sau care suferă de nevroze grave. Ei își pot păstra inserția sociofamilială, iar familia participă la supravegherea lor. Această structură permite oferirea unui loc de viață în care copilul poate beneficia de o îngrijire instituțională. Diferitele aspecte ale vieții sale cotidiene sunt aici suporturi pentru o ajutorare adaptată. Admiterea într-un spațiu terapeutic cu orar complet, spațiu care poate fi situat într-un spital general sau într-un spital psihiatric departamental, este destinată fie observării copiilor sau adolescenților care suferă de tulburări psihice grave sau asociate cu probleme somatice, fie unor tratamente de lungă durată pentru copii al căror comportament este prea perturbat ca să permită menținerea în mediul familial, sau pentru copii ale căror familii locuiesc prea departe de locul de îngrijire. Pentru a completa mijloacele terapeutice și a reduce la minimum spitalizările, intersectorul dezvoltă luări în sarcină extraspitalicești, de felul plasamentelor familiale terapeutice și al centrelor de îngrijire pentru adolescenți. Se dezvoltă tot mai mult relațiile de cooperare cu serviciile spitalicești de pediatrie, centrele de protecție maternă și infantilă și școlile de prevenire și depistare a apariției dificultăților.

Există actualmente în Franța mai mult de trei sute de intersectoare de psihiatrie infanto-juvenilă, mai mult sau mai puțin echipate cu localuri și personal. Medicii-șefi de intersector sunt ajutați de Consiliul de sănătate mentală, organism consultativ care cuprinde reprezentanți ai administrației intersectorului și asociațiilor private. Membrii sunt numiți de prefect și trebuie să se reunească cel puțin o dată pe an. Prefectul trebuie consultat asupra tuturor proiectelor cu privire la igiena mentală. Intersectorul participă, de asemenea, la funcționarea Comisiei departamentale de educație specială, creată prin legea de orientare din 30 iunie 1975 în favoarea handicapaților. Această comisie cuprinde 12 membri numiți de către prefect, din care jumătate sunt propuși de D.D.A.S.S. și jumătate de inspectorul de academie. Ea cuprinde reprezentanți ai Caselor de

securitate socială, reprezentanți ai asociațiilor de părinți și reprezentanți ai instituțiilor private și semipublice. Ea are sarcina de a atribui alocația de educație specială și complementele acesteia întru ajutorarea familiilor cu copii handicapați, sarcina orientării copiilor spre stabilimente care să le acorde drepturi la prețul zilei (institute medico-educative și institute medico-profesionale).

INTROIECȚIE (engl. *introjection*). **Proces care constă în a transpune într-un mod fantasmatic obiectele exterioare și calitățile lor inerente în diverse instanțe ale aparatului psihic.**

Termenul *de introiecție*, introdus de S. Ferenczi, este frecvent utilizat în opoziție cu acela de *proiecție*. Introiecția operează după modelul incorporării, care îi este matricea corporală. La M. Klein, introiecția și proiecția sunt legate de obiectele bune și, respectiv, rele, care pot fi introduse sau expulzate. Introiecția joacă, de asemenea, un rol în identificare.

INVESTIRE (engl. *cathexis*). **Mobilizarea și transformarea de către aparatul psihic a energiei impulsionale, ceea ce are ca rezultat atașarea ei de una sau mai multe reprezentări inconștiente.**

În primele sale lucrări (mai ales în *Proiect pentru o psihologie*, 1895), S. Freud concepea investirea ca pe deplasarea (în sensul mecanic al termenului) a unei anumite cantități de energie în cuprinsul sistemului nervos. În *Interpretarea viselor* (1900), însă, noțiunea de aparat psihic repune în cauză această descriere: în acesta, de fapt, cantitatea de energie se repartizează și se transformă în interiorul instanțelor. Natura acestei energii de investire va fi definită, în cadrul celei de a doua teorii a aparatului psihic (1920), ca o energie impulsională ce-și trage originea din Sine. Utilizarea actuală a termenului „investire" depășește cu mult accepțiunea inițială: se vorbește de investirea unui obiect (fantasmatică sau reală), a corpului propriu, a unei părți a corpului etc.

INVOLUȚIE (engl. *involution*). **Proces de îmbătrânire a unui organ în general și, în mod mai special, a creierului.**

Prin analogie cu fizicul, involuția se aplică psihismului. Se descriu psihoze de involuție de tip depresiv (melancolia de involuție descrisă de J. Capgras) sau deliric (paranoia de involuție descrisă de K. Kleist). Aceste psihoze intră, așadar, în cadrul presenescenței*.

IPOHONDRIE (engl. *hypochondria*). **Preocupare exagerată a unui subiect de ceea ce privește sănătatea sa, exprimată prin credințe și atitudini iraționale față de corpul său, prin teama de a avea o maladie gravă, ca și printr-o relație de sfidare față de medic, care este în același timp învestit cu o mare putere, dar și condamnat la eșec terapeutic de către pacient.**

Ipohondria era considerată de Hipocrate*, apoi de Diocles și de Galen drept o formă de melancolie cu originea în regiunea subdiafragmatică sau ipocondru. Se incriminа în acest caz un exces de bilă neagră în *splină* (engl. *spleen*) sau o macerare și putrefacție a umorii atrabilare în intestin sau în cavitatea gastrică. Abia în secolul al XVIII-lea, medicul englez Th. Sydenham a afirmat originea cerebrală a ipohondriei, ca și a isteriei, recunoscând că aceasta din urmă era pentru sexul feminin ceea ce ipohondria era pentru cel masculin, fără a limita totuși pe fiecare din ele la un sex determinat.

Dacă ipohondria rămâne destul de frecventă în depresiile cronice zise „de formulă ipohondrică", ea este prezentă și în nevroze, luând în special forma „nosofobică", precum și în psihoze, unde devine realmente delirică. În acest caz poate însoți delirurile schizofrenice paranoide cu depersonalizare, unele deliruri cronice de persecuție și mai ales un tip de parafrenie fantastică cu delir de negare a organelor, de damnare și de imortalitate numit *sindrom Cotard**, foarte apropiat de melancolia delirantă.

IPOHONDRU (engl. *hypochondriac*). **Se spune despre o persoană care suferă de ipohondrie.**

Toate gradele pot fi înregistrate între simplele preocupări ipohondrice, în raport cu o stare de anxietate, cu o nevroză nosofobică, și delirul ipohondric veritabil pe care îl întâlnim în schizofrenie și parafrenie.

IRESPONSABILITATE (engl. *irresponsability*). **Calitate a celui care nu este capabil sau obligat să dea seama de actele, de comportamentele sale.**

Așa cum responsabilitatea se poate descompune în mai multe tipuri de responsabilități, iresponsabilitatea se poate și ea împărți în mai multe categorii.

Înainte de 1968, în Franța o persoană în stare de alienare mentală putea fi declarată iresponsabilă de daunele produse. O dată cu legea din 3 ianuarie 1968, care reformează dreptul incapabililor majori, lucrurile s-au schimbat. Legea dispune, într-adevăr, că „acela care a cauzat o pagubă semenului pe când se găsea sub influența unei tulburări mentale nu este mai puțin obligat la despăgubire".

Medicii din spitalele publice sunt iresponsabili din punct de vedere civil, spitalul fiind acela care își va asuma responsabilitatea în cazul unei greșeli grave sau al unei lacune în organizarea serviciului. Cu toate acestea, dacă practicianul a comis o greșeală personală detașabilă de serviciu sau în condițiile unei consultații private, el redevine responsabil din punct de vedere civil.

Responsabilitatea penală a unei persoane este angajată prin faptul violării unui text de lege formal, indiferent de faptul că rezultă sau nu rezultă un prejudiciu. Minorii în vârstă de mai puțin de treisprezece ani sunt total iresponsabili, pe când cei în vârstă de la treisprezece la optsprezece ani pot beneficia de scuza atenuantă a minoratului. Legea prevede alte cauze de iresponsabilitate penală: legitimă apărare, stare de necesitate, ordinea legii, stare de demență. Articolul 64 din Codul penal dispune că „nu există crimă și nici delict în cazul în care acuzatul era în stare de demență în momentul acțiunii sau în cazul în care a fost constrâns de o forță căreia nu i-a putut rezista". Cel mai adesea judecătorul de instrucție este acela care, printr-o ordonanță de neurmărire, pronunță starea de demență, după expertiza psihiatrică a acuzatului. Subiectul declarat astfel iresponsabil face de îndată, fără excepție, obiectul unei plasări din oficiu într-un într-un serviciu psihiatric.

IRITABILITATE (engl. *irritability*). **Hipersensibilitate la stimulări exterioare asociată, în general, cu o stare afectivă penibilă.**

Iritabilitatea determină comportamente reacționale la acei stimuli percepuți ca ostili, într-un mod agresiv îndreptat fie contra anturajului, fie contra sieși (autopunitiv).

Iritabilitatea se întâlnește uneori în manie, dar de cele mai multe ori în unele depresii cronice mascate sau de epuizare. Ea poate fi singurul semn al acestor stări depresive, care trebuie bine diagnosticate, spre a fi în mod eficient tratate cu antidepresori.

ISTERIE (engl. *hysteria*). **Nevroză caracterizată prin hiperexpresivitatea ideilor, imaginilor și emoțiilor inconștiente.**

Simptomele psihomotorii, senzoriale sau vegetative constituie fenomenele de conversie. Personalitatea subiacentă se manifestă prin sugestibilitate, teatralism și tulburări sexuale.

În texte ale Egiptului antic, unele stări patologice sunt atribuite migrării uterului, organ pe care îl găsim reflectat în etimologia greacă a termenului isterie. Până în secolul al XVIII-lea, originea tulburărilor este atribuită abstinenței sexuale și dezordinii provocate în corp de acumularea unor substanțe nocive. Apariția noilor concepte de sensibilitate și iratibilitate a fibrelor nervoase face ca isteria să intre în rândul maladiilor mentale pentru care Ph. Pinel a propus tratamentul moral.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, J.M. Charcot încearcă să ataşeze isteria neurologiei, dar i-a fost imposibil să localizeze vreo leziune. El contribuie la înțelegerea mecanismului formării simptomului isteric descoperind posibilitatea de a reproduce în starea de hipnoză un simptom (o paralizie) în orice punct comparabil. Utilizarea de către J. Breuer a metodei cathartice pentru tratarea unei paciente isterice, făcând-o să vorbească în stare de hipnoză, îl incită pe S. Freud să reia cercetările privind etiologia isteriei. El descoperă existența unui traumatism psihic de natură sexuală, survenit în copilărie și ale cărui reminiscențe inconștiente stau originea simptomului. Introduce noțiu de conversie, „salt al psihicului în inerv somatică", implicând o corespondență în cuvânt și simptom, pe care el o num *isterie de conversie* (engl. *conver hysteria*). Reprezentările refulate vor prin intermediul simptomelor de conver care apar ca expresia simbolică a com misurilor dintre realizarea dorinț inconștiente și procesele de apărare ca se opun. Conversia este „transpoziția u conflict psihic cu o tentativă de rezolv a acestuia în simptomele sale somat (paralizie, de exemplu) sau senzitive (a tezii sau dureri localizate, de exempl [Laplanche și Pontalis, 1968].

Pe plan clinic psihiatric se disting do aspecte majore.

PERSONALITATEA ISTERICĂ. Tul rările sexualității sunt caracterizate frigiditatea clasică, de care femeia iste se plânge mai puțin decât partenerul Frigiditatea contrastează cu atitudinile seducție, de hiperexpresivitate erot atitudini care îl pot înspăimânta pe pa ner. Adesea femeia isterică măritată ev relațiile sexuale, sub diferite prete (migrene, menstruație prelungită sau d cultăți de contracepție). Ea preferă acti tățile de reverie cu un partener ideali Bărbatul isteric cultivă adesea prieto feminine; în teama sa față de juisa feminină, adesea el anticipează prin e culare precoce. Și el recurge la masturb și la reverie. Căutarea virilității și a a cițiilor masculine pasionale dovedesc tulburările sale de identitate sexuală, chiar o homosexualitate. Relațiile soci sunt alterate de tendința de teatrali de dramatizare și uneori mitomanie. Ist cul își caută un model, uneori prin

personalitățile celebre. Sugestibilitatea, lipsa de naturalețe, trebuința de a ieși din comun vor suscita respingerea, în special din partea medicilor, cu atât mai mult cu cât nu prea maschează agresivitatea inconștientă a istericului, abil în a dezvălui defectele și dorințele ascunse ale fiecăruia.

ISTERIA DE CONVERSIE. Trecerea conflictului inconștient în corp se manifestă prin tulburări care seamănă cu maladiile organice. Putem avea de-a face cu tulburări paroxistice, cum este clasica *grande crise* descrisă de Charcot, care începe cu senzația de „nod în gât", cu tulburări vizuale, ca apoi să urmeze pierderea cunoștinței, cu rigiditate și mișcări convulsive, de tip epileptic. Recuperarea este marcată de atitudini teatrale, pasionale. Adesea nu este vorba decât de o criză convulsivă, apropiată de spasmofilie. Sincopa izolată este, dimpotrivă, frecventă, având loc în prezența unei persoane semnificative pentru bolnav. Aceste tulburări mimează fantasme sau chiar atitudini orgastice. Ele sunt uneori contagioase și cedează o dată cu izolarea. Anesteziile și paraliziile isterice sunt conversii mai durabile. Ele nu respectă organizarea anatomică, fiind variabile și sensibile la evenimente. Survin contracturi, spasme și tremurături, dar mai ales tulburări senzoriale (vizuale și auditive). Manifestările viscerale constituie capcane pentru medici, întrucât poate fi vorba de tulburări ginecologice (graviditate nervoasă), de vomismente, asociate sau nu cu comportamente alimentare anarhice.

La bărbatul isteric, o formă frecventă de conversie este nevroza posttraumatică, descrisă după primul război mondial și care azi poate surveni după un accident rutier sau de muncă. Existența unor tulburări locale, cum ar fi un edem, tulburări circulatorii rezistente la tratament, pot să-i ducă pe bolnav și pe medicul său la o escaladă de examinări și spitalizări, iar finalmente la delirul de revendicare și uneori la paranoia.

Depresia la isteric poate duce la tentative de sinucidere, uneori izbutite. Măsurile terapeutice întreprinse pot avea drept scop ajutarea nevroticului de a renunța la beneficiile aparente ale bolii, care, de fapt, îi restrâng libertatea și îl lipsesc de satisfacții reale. În acest sens acționează terapiile psihanalitice. Ambiția psihanalizei este de a descoperi o parte a adevărului subiectului (Israël) și necesită o angajare a pacientului și a psihanalistului său într-un proces lung și uneori dureros. Sunt utilizate și alte metode: psihodrama, relaxarea. Profilaxia constituirii maladiei isterice trece pentru unii prin terapiile pediatrice, având în vedere că la unii copii au fost descrise simptome din stirpea celor isterice. Este de subliniat, pe de altă parte, faptul că isteria, ca nevroză, a dispărut din manualul nord-american de boli mintale (DSM-III), care a dezmembrat-o în personalitate isterică și tulburare somatoformă.

PSIHAN. **Nevroză caracterizată prin polimorfismul manifestărilor sale clinice.**

Fobia numită uneori *isterie anxioasă* trebuie deosebită de *isteria de conversie*. Aceasta din urmă se face remarcată în mod clasic prin intensitatea crizelor emoționale și diversitatea efectelor somatice, care țin medicina în șah. Psihanaliza contemporană pune accentul pe structura isterică a aparatului psihic, generată de un discurs și determinând o economie, precum și o etică proprii isteriei.

ISTERIA ÎN PRIMA TOPICĂ FREUDIANĂ. Freud se degajă la început de o concepție nativistă, în favoarea ideii unei nevroze dobândite, și pune problema etiologică în termeni de cantitate de energie: isteria se datorează unui „surplus de excitație". În *Studii asupra isteriei* (1895) se afirmă înrudirea mecanismului psihic al fenomenelor isterice cu nevroza traumatică: „Cauza majorității simptomelor isterice merită calificarea de traumatism psihic." Amintirea acestui șoc, devenită autonomă, acționează în acest caz ca un „corp străin" în psihism: „Istericul suferă de reminiscențe." Într-adevăr, afectul legat de incidentul cauzal nu s-a rezolvat printr-o abreacție, adică nu și-a găsit descărcarea de energie pe cale verbală sau somatică, deoarece reprezentarea psihică a traumatismului este absentă, interzisă sau insuportabilă. Sciziunea grupului de reprezentări incriminate constituie în acest caz nucleul unui al „doilea conștient" care se infiltrează în psihism în cazul crizelor sau inervează o zonă corporală printr-un simptom permanent: nevralgie, anestezie, contractură etc. Mecanismul de apărare care prezidează formarea simptomului isteric este în acest caz calificat drept „refulare a unei reprezentări incompatibile cu Eul". Freud afirmă, în același timp, că traumatismul în cauză este întotdeauna legat de o experiență sexuală precoce trăită în diapazonul neplăcutului, inclusiv la băieții mici, ceea ce eliberează isteria de atașamentul ei exclusiv feminin. Ulterior, Freud va considera că a supraestimat realitatea traumatică în dauna fantasmei violenței comise de un personaj patern.

Concepția freudiană impune câteva remarci: ea presupune că raportul psyché–soma este acela dintre două spații, psyché ocupând poziția de sus, separate de o bară peste care poate trece o reprezentare psihică. Freud decelează astfel la isteric o „atitudine de prevenire somatică", un fel de chemare a corpului ca o reprezentare refulată să vină să se adăpostească acolo. Așadar, Freud invită la abandonarea dezbaterii clasice dintre psihogeneza și organicismul isteriei: problema pusă de această nevroză este aceea a întâlnirii dintre corpul biologic și „reprezentantul impulsional", care este de ordinul limbajului, adică un semnificant. Simptomul este în acest caz un mesaj ignorat de autor, inteligibil în valoarea sa metaforică și înscris în hieroglife pe un corp bolnav, întrucât este parazitat.

A DOUA TOPICĂ A LUI FREUD. Dificultățile întâlnite în curele psihanalitice l-au făcut pe Freud să instituie cea de a doua topică a aparatului psihic. Noile studii asupra isteriei, promise, nu au apărut, totuși, niciodată. Pertinența clinicii freudiene apare însă în diverse texte, pusă în valoare de relectura lui J. Lacan și datorită instrumentelor conceptuale propuse de el.

Astfel, analiza visului numit „Frumoasa măcelăreasă", publicat în *Interpretarea viselor* (1900), îi permite lui Freud să avanseze ideea că autoarea visului, isterică, este obligată să-și creeze o „dorință nesatisfăcută": de ce nu vrea ea caviar, pe care totuși îl dorește? Pentru că ea rezervă în felul acesta locul dorinței, în măsura în care aceasta nu se confundă nici cu pretenția erotică, nici cu satisfacerea trebuinței. Absența constitutivă a dorinței este totuși articulată prin prisma unei pretenții la locul Celuilalt, definit ca loc simbolic al limbajului. Absența este în Celălalt, articulare semnificantă a absenței obiectului ca atare, al cărui semnificant este falusul. În consecință, dorința istericei revelează natura

generală a dorinței de a fi dorința Celuilalt. Mai mult, acest vis este pur și simplu acela al unei isterice care nu accedă la dorință decât pe calea ocolită a identificării imaginare cu o prietenă, identificare ce conduce la o apropiere a simptomului unui semen printr-un raționament inconștient, atribuindu-și motive analoage de a fi bolnavă.

Textul acestui vis, pus în raport cu cazul Dora, ne permite să facem un pas mai departe. Dora prezenta numeroase simptome legate de relația complexă pe care tatăl ei și ea însăși le aveau cu cuplul K.: legătura amoroasă platonică disimulată dintre tatăl ei și doamna K., curtea uneori insistentă, dar secretă, a domnului K. la adresa fetei. Psihanaliza Dorei a fost orientată de Freud spre recunoașterea de către fată a dorinței ei refulate privitoare la domnul K. Aceasta i-a permis să demonstreze importanța, în instalarea isteriei, a dragostei pentru tatăl impotent, sechelă oedipiană interpretată aici ca defensă actuală contra dorinței. Dar Freud va recunoaște că a ratat dimensiunea homosexuală a dorinței istericei, de unde și eșecul curei. Pentru Lacan este vorba mai degrabă de o „homosexualitate" de înțeles aici ca identificare cu bărbatul, domnul K., prin mijlocirea căruia isterica își pune problema enigmei feminității: „Astfel isterica se pune la încercare în omagiile adresate alteia și oferă femeia în care își adoră propriul ei mister unui bărbat al cărui rol îl ia fără a-l putea juca. În căutarea fără răgaz a ceea ce înseamnă a fi femeie" (*Écrits*, 1966).

ISTERIA POST-FREUD. Instituirea ulterioară a structurii discursurilor bazată pe un joc de patru elemente — subiectul, semnificantul dominant, informația inconștientă și obiectul în calitate de cauză a dorinței — i-a permis lui Ch. Melman să propună *Noi studii asupra isteriei* (1984). Melman pune în valoare faptul că refularea proprie istericului ar fi, de fapt, o pseudorefulare. Într-adevăr, dacă, așa cum susținea deja Freud, fetița trece printr-o fază în care trebuie să renunțe la mamă, deci necunoscând mai puțin decât băiatul castrarea, instalarea feminității presupune o a doua fază în care ea refulează parțial activitatea falică la care castrarea părea să o autorizeze. „Avansăm aici ipoteza că refularea țintește în mod electiv semnificantul dominant, acela de la care subiectul eventual se reclamă pentru a interpela obiectul." Această refulare ar fi prima minciună a simptomului isteric, deoarece se dă drept o castrare (reală și nu simbolică) cerută de Celălalt și care stă la sursa ideii că ar putea exista aici o fantasmă proprie femeii. Drept urmare, refularea semnificantului dominant reorganizează castrarea primară și o face interpretată ca privațiune a mijlocului de exprimare a dorinței. Simptomatologia isterică „este de aceea legată de resurgența semnificantului dominant în discursul social, care sugerează ideea de viol", iar corpul mimează posesia de către o dorință totalizantă ai cărei semnificanți se înscriu pe el ca pe o pagină.

De ce, în acest caz, nu este isterică orice femeie? Pentru că isteria interpretează consimțământul la feminitate ca pe un sacrificiu, ca pe un dar făcut voinței Celuilalt, pe care astfel ea l-ar consacra. În consecință, ea se înscrie într-o ordine care-i prescrie să placă și nu să dorească. Celor care se reclamă de la dorință ea le opune o „nouă ordine morală", poruncită de dragostea pentru un tată bolnav și impotent, ale cărui valori sunt munca, devoțiunea și cultul frumuseții. Astfel s-ar naște o nouă umanitate „egalitară pentru că este egală în sublim și debarasată de castrare". Se deduce de aici o economie generală a

isteriei, care pune în evidență două forme clinice aparent paradoxale: „Una este o formă depresivă, în care subiectul se vede străin în lume și refuză orice aserțiune și orice angajament, cealaltă fiind o formă stenică, în care subiectul face din sacrificiul său semnul unei alegeri." Isterica poate, în acest caz, rând pe rând, să se devoteze, să rivalizeze cu bărbații, să-i înlocuiască atunci când sunt judecați ca fiind prea mediocri, să o „facă pe bărbatul" necastrat, după chipul Tatălui. Ea este astfel capabilă să țină toate discursurile care constituie legătura socială, dar „marcate de pasiunea isterică", căutând să incarneze orice valoare. Contradicția constă în aceea că interpelându-i pe stăpâni și luptând pentru abolirea privilegiilor lor ea îl reclamă pe cel destul de puternic ca să desființeze alteritatea.

Este de notat că isteria masculină relevă aceleași discursuri, economie și etică. Ea se caracterizează prin mimarea condiției unui băiat tânăr pus alături de femei și realizându-și virilitatea pe căile seducției, ca creatură excepțională și enigmatică.

Masculină sau feminină, „pasiunea isterică se întreține din culpabilitatea cu care se copleșește subiectul în cazul în care se acuză de a fi vinovat de castrare" și de a nu-și găsi astfel locul în univers. El se face responsabil de imposibila coaptație naturală a bărbaților și femeilor din moment ce sunt „bărbați" și „femei" în numele limbajului. Iată de ce isteria a stat la originea psihanalizei, discursul isteric rămânând defileul necesar oricărei cure.

Bibl.: Freud, S., Breuer, J., *Études sur l'hystérie*, 1895, trad. fr. P.U.F., Paris, 1967; Melman, Ch., *Nouvelles Études sur l'hystérie*, Joseph Clims / Denaël, Paris, 1984; Trillat, E., *Histoire de l'hystérie*, Seghers, Paris, 1986; Veith, I., *Hysteria. The History of a Disease*, University of Chicago Press, Chicago, 1965.

ISTERO-ANOREXIE (engl. *hystero-anorexia*). **Coexistența a tulburărilor isterice și anorexice la unul și același subiect.**

Ch. Lasègue, în 1873, a notat că unii isterici arătau „o repulsie mai mult sau mai puțin puternică pentru anumite alimente; la alții[...] orice substanță alimentară provoca dezgust". Respingerea hranei poate merge mână în mână cu bulimia sau etilismul. Anorexia isterică le afectează în mod deosebit pe unele femei și în cazurile în care o presiune oarecare le încurajează la un regim de slăbire; regimul poate, la rându-i, să faciliteze anorexia ca simptom preferat. Pe de altă parte, mulți afirmă că anorexia, fără a fi o structură propriu-zisă, se regăsește în numeroase structuri, cel mai adesea la femeile tinere. Mulți autori încearcă să explice tulburarea printr-un fel de fuziune mamă-fiică, pe când alții vorbesc de „falicizarea" corpului, care devine o sferă de atotputernicie psihologică în măsura în care subiectul poate desfășura o activitate frenetică, fără oboseală vădită. Unii au apropiat istero-anorexia de toxicomanie. Unul dintre riscurile majore este moartea prin inanițe. → ANOREXIE; CAZUL ELLEN WEST; ISTERIE.

Bibl.: Lasègue, Ch., „De l'anorexie hystérique" (1873), *Écrits psychiatriques*, Privat, Toulouse, 1971.

IZOLARE TERAPEUTICĂ (engl. *isolation*). **Măsură cu scop terapeutic, al cărei sens este sustragerea individului din mediul său de viață obișnuit.**

Izolarea face parte dintre măsurile terapeutice utilizate prin luarea în sarcină a bolnavilor mintali. Dar ea a fost adesea pervertită și transformată, sub presiunea necesităților sociale sau administrative, într-o veritabilă excludere sau într-o simplă închidere.

Pentru P. Pinel era principala condiție a tratamentului moral, aceea care permitea sustragerea alienatului de la influența nefastă a mediului său; ceea ce confirma cel mai bun dintre elevii săi, E. Georget, în 1820: „A-i separa pe alienați de obiectele care îi înconjoară, a-i scoate din mâinile părinților sau prietenilor lor este prima condiție, o condiție aproape indispensabilă de a-i vindeca și, cu foarte puține excepții, putem spune că ei nu-și recapătă deloc sănătatea în mijlocul lor" (*De la folie*).

Dar nu era vorba doar de o condiție a tratamentului moral. Din nefericire, deja pe timpul lui Pinel la Salpêtrière izolarea devenise chiar instrumentul acelui tratament; aici se află, fără îndoială, originea pervertirii sale. Cu atât mai mult cu cât va fi preconizată forma sa cea mai de temut: izolarea celulară. Chiar dacă regulamentul azilurilor limita utilizarea acesteia, cerându-se o autorizare din partea ierarhiei medicale, abuzarea de izolarea celulară va fi regula pe parcursul celei de a doua jumătăți a secolului al XIX-lea pentru toți bolnavii ziși „periculoși", de îndată ce ei deveneau agitați, impulsivi sau violenți.

î

ÎMBĂTRÂNIRE (engl. *aging*). **Ansamblu de transformări ce afectează ultima perioadă a vieții și care constituie un proces de declin.**

Semnele acestui proces de declin sunt: slăbirea vitalității, modificări organice prin reducerea schimburilor, deshidratarea țesuturilor, atrofie musculară, încetinirea funcțiilor și scăderea generală a performanțelor, toate acestea concurând la limitarea progresivă a capacităților de adaptare. În acest sens, îmbătrânirea oferă în mod vădit imaginea inversată a dezvoltării și a putut fi descrisă ca o involuție. Creșterea duratei medii de viață în numeroase țări zise „dezvoltate" (în Franța această durată apare mai mult decât dublată azi, în comparație cu secolul al XVII-lea) a condus la preocuparea tot mai intensă privind îmbătrânirea umană și la căutarea mijloacelor de a corecta sau de a-i încetini mersul. Scopurile mărturisite, în afară de cunoașterea științifică dezinteresată, sunt atât umanitare cât și socioeconomice.

În ceea ce privește scopurile umanitare, este vorba de a-i reda bătrânului (termen proscris, în favoarea expresiei cu conotație mai puțin negativă de „persoană în etate") respectul de sine și încrederea, deoarece slăbiciunea bătrâneții, idee receptată, interiorizată și confirmată de schimbările de statut social (pensionarea, de exemplu), este greu suportată. Scopurile socioeconomice sunt acelea de ameliorare a randamentului sau de reducere a costurilor sociale din partea neneglijabilă a populației pe care o formează indivizii clasificați, din punct de vedere demografic, în vârstele a treia și a patra. Știința îmbătrânirii, numită „gerontologie", nu și-a luat avântul decât din anii '60 (A.T. Welford, *Îmbătrânire și aptitudini umane*, 1958). Ea reunește contribuțiile mai multor discipline: biologia, psihologia, sociologia și economia.

Dezvăluită cu brutalitate de deteriorarea performanțelor la teste, mai ales la testele-mozaic de inteligență, îmbătrânirea psihică a fost mai întâi considerată ca un fenomen natural pe care era nelalocul lui sau inutil să vrei să-l elucidezi, în pofida apelului lansat de D. Wechsler în 1935 (*Range of Human Capacities*). În prezent se aplică cu succes, la studierea îmbătrânirii, metodele de cercetare a dezvoltării: investigații longitudinale și comparații transversale. Obiectele de studiu au fost

diversificate în raport cu determinarea domeniilor și ritmurilor schimbării reperate sau subsumate, cu influența factorilor de experiență, cu luarea în considerare a condițiilor de viață și a diferențelor interindividuale. Îmbătrânirea nu mai poate fi socotită un proces exclusiv involutiv și nu se mai reduce la o decadență globală: inventarul schimbărilor comportamentale datorate vârstei, în ceea ce privește marile funcții mentale (percepția, memoria, rezolvarea de probleme, emotivitatea) a evidențiat câteva câștiguri, permanențe și compensări care se opun unei reduceri totuși notabile a capacităților. Ca și în studierea dezvoltării, interesul actual pentru strategii revelează un număr de potențialități utilizabile mai mare decât se presupunea, menținerea unei plasticități nervoase mai extinse și o flexibilitate comportamentală mai mare decât lasă să se vadă studiile performanțelor și testele psihometrice.

Reducerea numărului de neuroni și sărăcirea conexiunilor sinaptice nu afectează în mod identic toate structurile și regiunile cerebrale. Aceste caractere diferențiale și heterocrone se regăsesc în comportamente. Menținerea atenției focalizate, memorizarea pe termen scurt și lung, discriminările perceptive, fluiditatea verbală, raționamentul nu se deteriorează în aceeași proporție și în același ritm.

Patologiile îmbătrânirii constituie astăzi un câmp de cercetare vast. Reține atenția mai ales boala Alzheimer, altădată numită „demență senilă". Dar amneziile de fixație, care determină tulburări ale memoriei de scurtă durată, amneziile „retrograde" (pacientul își retrăiește mai ușor amintirile mai vechi decât pe cele mai recente), tulburările de orientare în spațiu și tulburările de personalitate legate de vârstă fac și ele obiectul unor cercetări mai sistematice decât în trecut. Aceste cercetări alimentează o dezbatere vie asupra raporturilor normalului și patologicului, a cărei miză depășește domeniile gerontologiei. → GERONTOPSIHIATRIE.

Bibl.: Birren, J.E. Bengtson, V.L., *Emergent Theories of Aging*, Springer Publisher, New York, 1988; McGaugh, J.L., Kiesler, S.B., *Aging: Biology and Behavior*, Academic Press, New York, London, Toronto, 1981; Müller, Ch., Wertheimer, J., *Psychogériatrie*, Masson, Paris, 1981; Whitbourne, S.K., *The Aging Body: Physiological Changes and Psychological Consequences*, Springer Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, 1985.

ÎMPACHETARE (engl. *pack*). **Înfășurare umedă a întregului corp utilizată în terapeutica psihiatrică.**

Psihiatrul nord-american Michael A., Woodbury a adus la Paris, în 1965, această veche tehnică de hidroterapie care datează din secolul al XVII-lea (practicată de Jean Floyer), prezentând-o ca pe o noutate denumită „*pack*". Înfășurarea umedă în scop terapeutic este o veche metodă de tratament pentru pacienții psihotici, utilizată dintotdeauna în spitalele psihiatrice. Ea constă în a înfășura membrele și trunchiul unui pacient într-o pânză umedă rece, după care este învelit în cuverturi calde, acestea acoperindu-i întreg corpul. Pacientul seamănă în acest caz cu o mumie. El nu se poate mișca, dar poate verbaliza tot ce dorește. Îngrijitorii fac roată în jurul bolnavului. Ședința durează aproximativ trei sferturi de oră și se repetă de mai multe ori pe săptămână. Esențialul în această psihoterapie cu mediere corporală nu rezidă în însăși tehnica împachetării, ci în relația, cu aspect adesea extrem de regresiv, pe care

ea o întreține între pacient (cel mai adesea psihotic) și îngrijitorii care îl înconjoară, relație pe care aceștia din urmă uneori o suportă cu mare dificultate.

ÎMPUȘCĂTURĂ (engl. *shoot*). **În argoul toxicomanilor, injectarea unui drog, în general intravenos.**

Practica „împușcăturii" este una din caracteristicile modei actuale în toxicomanie. Injecția permite să se extragă chintesența unor substanțe extrem de oneroase, ca heroina, chiar cocaina. Ea are, de asemenea, drept scop obținerea unei senzații speciale, imediate și puternice, „flash"-ul*.

Trecerea de la ingestie, de la *„fumette"* sau *„sniff"* la *„shoot"* constituie un salt important în trăirea toxicomanică. Unii utilizatori își refuză să ajungă până aici, adică să devină adevărați *„junkies"*. Alții, dimpotrivă, devin dependenți de senzația însăși a împlinsăturii: sunt așa-numiții *„needle-freaks"*. Efracția voluntară și tentativa de a-și domina corpul sunt simbolizate prin practica *„tirette"*-ei (aspirarea de sânge în seringă, înainte de injecție).

Această practică este, mai ales, una din principalele cauze ale maladiilor legate de toxicomanii: scleroze venoase, limfangite, abcese la locul injecției, septicemii etc. (Așa-zisa *poussière*, episod febril, cu frisoane care durează uneori câteva ore, se datorează unei bacteriemii sau trecerii în sânge a unor impurități).

Clandestinitatea folosirii drogurilor a favorizat schimbul de seringi și deci difuzarea unor maladii transmisibile: hepatitele cu virus B și, mai ales, Sida. De aceea, din 1987, în Franța seringile au fost puse în vânzare liberă; primele studii indică rezultate pozitive, însoțite de o modificare semnificativă a practicilor toxicomane.

ÎNCETINIRE (engl. *slowing down*). **Diminuare a activității ideatice și motorii, atât în intensitate cât și în rapiditate.**

D. Widlöcher face din aceasta, alături de tristețe, caracteristica fundamentală a sindroamelor depresive. Pe plan motor se manifestă în lentoarea execuției mișcărilor, în varietatea modificărilor de postură sau de expresie a feței, în sărăcia gesturilor și a mimicii. Discursul pacientului se aude rar, propozițiile sale fiind scurte și întrerupte de lungi tăceri. Vocea își pierde modulația, timbrul devine stins. Pe plan ideativ, asociațiile sunt lente și sărace. Gândirea pare a se târî fără vivacitate și fără prospețime. Temele sunt adesea repetitive. Pacientul pare a rumega mereu aceleași idei, traduse în expresii identice.

Apropiindu-se de bradipsihie*, încetinirea se deosebește de aceasta prin faptul că este, în general, consecința unei inhibiții, apărând ca un comportament de retragere și de imobilizare. Ar fi vorba de un veritabil răspuns defensiv extrem de arhaic în fața unui pericol care nu poate fi surmontat decât „făcând-o pe mortul" într-o situație de extremă dezorientare, ca în depresiile anaclitice* din mica copilărie.

O scară de evaluare a încetinirii a fost construită de R. Jouvent, Y. Lecrubier și Widlöcher (1981). Ea este utilizată îndeosebi în experimentarea de noi antidepresori.

ÎNTÂRZIERE DE DEZVOLTARE (engl. *developmental retardation*). **Decalaj temporal al unei funcții sau unei activități care apare, la un individ, după momentul în care ea a apărut în ansamblul înrudit din care face parte.**

Un sugar care la 8 luni nu stă așezat sau care la 2 ani nu merge singur suferă de o retardare motorie în raport cu vârstele

„normale" de acces la poziția așezat sau la mersul autonom. Norma este, ca regulă generală, reprezentată de un indice de tendință centrală (medie, mediocră sau, mai rar, mod) a distribuției funcției sau activității examinate într-un grup de referință care formează ansamblul înrudit. Este deci vorba de o normă statistică, a cărei validitate este cu atât mai mare cu cât varianța distribuției este mai slabă.

O întârziere de dezvoltare poate fi generală, adică poate afecta ansamblul funcțiilor biopsihice: rahitismul, care, în sens strict, este o întârziere de creștere, se însoțește cu o întârziere mentală. El încă mai bântuia, în țările occidentale zise „dezvoltate", în primele decenii ale secolului XX, iar efectele sale asupra dezvoltării psihice au fost măsurate cu ajutorul unor metode psihometrice, îndeosebi teste de inteligență care măsoară un ansamblu larg de funcții. Întârzierea poate fi circumscrisă la o funcție sau la o activitate specială și este în acest caz calificată prin domeniul la care se referă întârzierea motorie, psihomotorie, perceptivă, școlară etc.

Unele întârzieri sunt compensabile, pe când altele sunt socotite de nestăvilit. În principiu, doar analiza cazului autorizează un diagnostic și are un cuvânt de spus în adoptarea unei metode de reeducare. Astfel, întârzierile posturale observate în cursul primului an la copil pot fi resorbite sau reduse prin reeducări psihomotorii. La fel, se caută să fie tratate și compensate întârzierile școlare, prin crearea unor clase de adaptare, grupe de nivel și printr-o evaluare individuală a progreselor.

La fel în ceea ce privește întârzierea mentală generală, considerată cel mai adesea drept insurmontabilă și pentru care persistă referința la valoarea „normală" a Q.I., care în realitate este un coeficient de vârstă. Această referință conduce adesea la un diagnostic sau cel puțin la o prezumție de debilitate mentală. Cu toate acestea, cercetările lui R. Zazzo și echipei sale (1971) au arătat că întârzierea mentală nu formează un compus omogen, ci eterocron (decalajele variază după itemuri sau probe, iar uneori sunt chiar inversate); ea nu poate fi reprezentată printr-un profil tipic. În consecință, Q.I. nu autorizează un pronostic de dezvoltare.

Bibl.: Zazzo, R., *Les debilitiés mentales*, A. Colin, Paris, 1971 [trad. în românește de Sergiu Ștefănescu-Prodanovici și Florica Nicolescu, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1979 — notă L.G.].

ÎNȚĂRCARE (engl. *withdrawal*; fr. *sevrage*). **Încetare accidentală sau voluntară a luării drogului de către un toxicoman.**

Sindromul de întărcare („lipsa" toxicomanilor) constă din manifestări fizice și psihice legate de stoparea luării drogului; după substanța în cauză, manifestările vor fi diferite atât pe plan fizic cât și pe plan psihologic.

Sindromul de înțărcare [sevraj] este corolarul adaptării organismului la efectele unui drog. Manifestările sunt opuse efectelor produsului în cauză. În cazul opiaceelor, care sunt calmante și anestezice, înțărcarea va consta într-o angoasă puternică, dureri difuze etc.

Cura de înțărcare („decroșarea") este o înțărcare plănuită. → CURĂ DE DEZINTOXICARE; FARMACODEPENDENȚĂ; STARE DE LIPSĂ.

J

JACKSON (John Hughlings). **Neurolog britanic (Green Hammerton, Yorkshire, 1834 — Londra, 1911).**

Clinician prin excelență, a fost medic la National Hospital din Londra timp de 45 de ani. Este considerat drept unul dintre fondatorii neurologiei moderne. A descris cel dintâi epilepsiile motorii unilaterale, a analizat tulburările de limbaj și a introdus noțiunea de localizare lezională. A descris, de asemenea, o ierarhie funcțională în sistemul nervos: nivelul cel mai de jos este constituit din măduva spinării și trunchiul cerebral, centri ai diferitelor reflexe segmentare; al doilea nivel cuprinde nucleii cenușii de bază și cortexul cerebral, în raport cu senzațiile și cu mișcările; cortexul prefrontal, în sfârșit, constituie nivelul cel mai înalt care permite integrarea finală și controlează toate activitățile organismului. Lucrările sale cele mai importante au fost reunite în două volume: *Neurological Fragments* (1925) și *Selected Writings* (1958).

JACKSONISM și **NEOJACKSONISM** (engl. *jacksonism* și *neojacksonism*). **Teoria a disoluției funcțiilor nervoase din cauza bolii, inversă [...] de evoluția lor (în ontogeneză și [...] geneză), formulată de neurologul brit[...] J.H. Jackson în 1884, din perspect[...] evoluționistă a epocii sale.**

Această teorie l-a determinat pe Jack[...] să definească tulburări negative, di[...] datorate leziunii unei structuri nervo[...] date, de tip deficitar, și tulburări pozit[...] provocate de eliberarea unor struct[...] subiacente, inferioare și mai arhaice, p[...] atunci controlate, inhibate de struct[...] nervoasă lezată, care le era superioară.

Orice maladie neurologică se manife[...] deci, pentru Jackson, prin simptome [...] deficit și simptome de eliberare. Luc[...] acesta el l-a constatat în special în minu[...] oasele sale studii clinice privind afazia[...] epilepsia. Teoria sa nu prea a avut succ[...] chiar și în țara sa natală, și era de-acu[...] uitată când H. Ey a dezgropat-o spre [...] aplica în psihiatrie, în 1936, din perspecti[...] unei concepții „organodinamice" a bo[...] mintale. Este ceea ce s-a numit „neojackso[...] nism". Fără îndoială, Ey nu făcea decât [...] continue gândirea evoluționistă în psih[...] logia patologică a lui Th. Ribot, P. Janet [...] a profesorului său H. Claude, de la Spita[...]

Sainte-Anne. Dar el a aplicat-o cu multă rigoare, reluând cercetările originale ale lui Jackson, într-o concepție cu adevărat globală a întregii psihiatrii. Pentru el, orice maladie mentală are în același timp un aspect negativ datorat procesului patologic în cauză, marcat de o destructurare* a conștiinței, și un aspect pozitiv, produs prin ridicarea inhibițiilor, ceea ce permite o efloreșcență de idei, ținând de structuri mai arhaice și îndeosebi de inconștient. Aceasta înseamnă a anexa și, totodată, a reduce descoperirea lui S. Freud, dintr-o perspectivă evoluționistă la urma urmei destul de apropiată de aceea a lui Janet (Cl. Prevost). Ey a dezvoltat neojacksonismul în toate lucrările sale, îndeosebi în cele trei volume din *Études psychiatriques*, apoi în al său *Traité des hallucinations* și, în sfârșit, în lucrarea care rezumă întreaga sa gândire psihopatologică: *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975).

JANET (Pierre). **Psiholog și psihiatru francez (Paris, 1859 — id., 1947).**

Opera sa psihopatologică s-a centrat pe noțiunile de tensiune psihologică și de forță psihologică. A reușit la concursul de la Școala normală superioară, apoi la acela de agregat în filosofie (1882). Mai întâi profesor la liceele din Châteauroux și Havre (unde practică primele sale experiențe de hipnoză la distanță), face în același timp studii de medicină și își ia doctoratul în litere, cu o strălucită teză susținută la Sorbona, în 1889: este vorba de *Automatismul psihologic*, care i-a adus o mare notorietate. Aceasta i-a permis să intre la Salpêtrière, în serviciul neurologului J.M. Charcot, care în 1890 îi încredințează conducerea laboratorului său de psihologie. Trei ani mai târziu, în anul morții lui Charcot, își susține teza de doctorat în medicină, intitulată *Contribuție la studiul accidentelor mentale ale istericilor*. F. Raymond, care i-a succedat lui Charcot, l-a menținut la laboratorul de psihologie și, din 1895, Janet este suplinitorul lui Th. Ribot la Collège de France, unde devine titular al catedrei de psihologie patologică, în 1902. Și-a ținut cursul timp de peste trei decenii, până în 1935. După pensionare, continuă să publice numeroase lucrări și, până în 1942, păstrează un cabinet de consultație la Spitalul Sainte-Anne. Până la moartea sa, în 1947, va avea o activitate psihiatrică privată.

Teza sa asupra automatismului psihologic reprezintă în mod cert una din primele tentative de abordare a inconștientului ca obiect al științei, cu câțiva ani înainte de primele descoperiri ale lui S. Freud. Putem recunoaște aici trei mari teme.

Personalitatea are la bază două instanțe latente, „una care conservă organizările din trecut, alta care sintetizează, care organizează fenomenele prezentului". Alternanța funcționării acestor două instanțe cât și simultaneitatea lor apare clar în „disparițiile" și „întoarcerile" faptelor de memorie, așa cum le observăm în stările somnambulice „naturale" sau „induse" (provocate), ori în decursul sugestiilor posthipnotice. Alternanța apare astfel într-o serie de fenomene zise isterice: diverse anestezii, scrieturi automate, discursuri stranii, percepții insolite, comportamente în aparență involuntare, precum și în schimbări de personalitate și cazuri de dublă personalitate, ca acelea descrise de dr. Azam la bolnava sa Felida. Putem interpreta aceste tulburări din perspectiva unei îngustări momentane a câmpului conștiinței sau din perspectiva unei disjuncții hipnice. Oricum

ar sta lucrurile, aceste fapte ne silesc să admitem existența unei „a doua conștiințe" care „persistă dedesubtul gândirii normale". Chiar și la subiectul normal regăsim această „a doua conștiință" făcută din amintiri, din imagini, din senzații bine înregistrate și susceptibile de a determina comportamentul, fără ca subiectul să fie conștient de lucrul acesta.

În unele stări patologice, personalitatea își poate pierde coeziunea, o parte din ea „autonomizându-se", „detașându-se" de ansamblu. Este cazul halucinațiilor, al delirului, al „ideilor fixe". „Aceste tulburări se produc ca și cum sistemul de fenomene psihologice care formează percepția personală la toți oamenii este, la acești indivizi, dezagregat și dă naștere la două sau mai multe grupe de fenomene conștiente, grupate simultan, dar incomplete și răpindu-și unele altora senzațiile, imaginile și, în consecință, mișcările care în mod normal trebuie să fie reunite în una și aceeași conștiință și putere". Pentru Janet, toate tulburările halucinatorii, delirante, obsesionale sunt, așadar, consecința unei dezagregări psihice. Ele sunt provocate de activitatea, în afara câmpului normal al conștiinței, a unui întreg sistem de imagini, de idei, de volițiuni. Este deci vorba de o „sciziune" în organizarea intrapsihică. Iar ideea obsedantă sau delirantă, de exemplu, a unei „posedări de către altul" nu este decât consecința unui clivaj psihologic care dovedește existența unei activități psihice în mod normal inconștiente.

Concluzia de tras din această explicație pur psihologică a tulburării mentale este că aceasta poate fi tratată prin mijloace exclusiv psihologice, adică prin psihoterapie. Așa se explică, de altfel, efectul curativ al sugestiei hipnotice: „Tot la persistența unei gândiri subconștiente voi raporta acțiunea majorității sugestii posthipnotice." La fel stau lucrurile psihoterapia cathartică, despre care pu admite (de acord cu H. Faure) că el i-a inițiatorul: „unele simptome isterice po dispară prin evocarea și lichidarea am tirilor traumatizante îngropate în incon ent și redezgropate în mod sistemat Janet ne dă în această privință un exemplar, acela al tinerei Marie, în vâ de 20 de ani, care prezenta crize convul la fiecare perioadă menstruală. Efec cathartic al reamintirii unei trăiri traum a vindecat-o definitiv.

Aceleași teme le regăsim în teza să medicină asupra stării mentale a isterici cu accentul pus pe psihoterapie, care p mite ridicarea inhibiției psihice respo bile de tulburări. De-a lungul tutu scrierilor și cursurilor sale, Janet va re aceste teme, confruntându-le cu o mi țioasă observație clinică prelungită asu unor pacienți pe care el îi va urmări an șir, ca medic consultant.

Pornind de la noțiunea de „șubrezi psihologică", el descrie apoi, ca pe o pe che simetrică cu isteria, cealaltă n nevroză, „psihastenia", care va înlo „neurastenia" descrisă de Beard și care fi individualizată de S. Freud sub de mirea de „nevroză obsesională". Ace descriere, cu totul fundamentală, e făcută în 1903, în *Obsesiile și psihaste* În 1919 apare lucrarea intitulată *Medi ția psihologice*, completată în 1923 *Medicina psihologică*, sinteză a teoriilor psihice energetice și a experienței psih terapeutice. Această sinteză este contin în *De la angoasă la extaz*, apărută în 19 și consacrată celor doi bolnavi celebri săi, scriitorul Raymond Roussel și mis Madelaine Lebouc.

Ceea ce întotdeauna i-a frapat pe prieteni și elevii lui Janet a fost tenacitatea, vivacitatea și inteligența sa, care i-au păstrat intactă capacitatea de gândire până la sfârșitul zilelor sale. Îl vedem astfel, după 1934, când s-a pensionat din activitatea de cadru didactic, ținând numeroase cursuri și conferințe la Sainte-Anne. Infatigabil și student etern, spirit total deschis și novator, obstinat întru căutarea adevărului, el întreprinde la aproape optzeci de ani studii asupra delirurilor și lucrează la o carte despre diferitele forme de credință.

Relațiile sale cu Freud au fost întotdeauna ambivalente și chiar, uneori, ostile. După spusele lui Cl. Prevost (*Janet, Freut et la psychologie clinique*), spre a-i face plăcere ginerelui său E. Pichon, unul dintre primii psihanaliști francezi, Janet a încercat să se reconcilieze cu Freud, sunându-i la ușă, în 1937; dar nu a fost primit. Trebuie spus că Freud avea atunci alte griji. Dacă acesta a fost un mare inventator, trebuie recunoscut că adversarul său francez, chiar dacă nu avea geniul lui Freud, ne-a lăsat „una dintre cele mai vaste sinteze pe care le-a efectuat vreodată spiritul uman" (H. Ellenberger).

JARGONAFAZIE (engl. *jargonaphasia*). **Dezorganizare profundă a limbajului, caracterizată prin utilizarea unor termeni deformați și neinteligibili, care se substituie cuvintelor potrivite.**

Jargonafazia însoțește adesea o tulburare afazică cu alexie și agrafie și se regăsește în stadiul afazo-agnozo-apraxic al alzheimerizării demențiale descrise de J. de Ajuriaguerra (stadiul III).

JASPERS (Karl). **Psihiatru și filosof german (Oldenburg, 1883 — Basel, 1969).**

A fost profesor de psihopatologie și de filosofie la universitățile din Heidelberg și Basel.

După studii de drept la Friburg-im-Brisgau, apoi de medicină, mai întâi la Berlin, apoi la Göttingen și la Heidelberg, unde devine asistent la clinica psihiatrică universitară, în 1915, Jaspers își schimbă orientarea și devine cadru didactic, predând psihologia și apoi filosofia, la aceeași universitate. Devine profesor de filosofie în 1921. Căsătorit cu Gertrud Mayer (sora filosofului evreu Ernst Mayer), este revocat de naziști în 1937 și se refugiază în Elveția, la Basel. Catedra îi este redată, după al doilea război mondial. Mai târziu însă, va reveni la Basel, unde își va sfârși cariera de cadru didactic și de filosof.

În afara operei filosofice de inspirație fenomenologică și de operele de reflecție politică (*Culpabilitatea germană*, 1946; *Originea și sensul istoriei*, 1949; *Bomba atomică și viitorul omului*, 1958), este cunoscut îndeosebi pentru monumentala sa *Psihopatologie generală*, publicată pentru prima dată în 1913. A treia ediție a acesteia (din 1923) a fost tradusă în franceză în 1927 și i-a marcat pe unii psihiatri francezi ca H. Ey, D. Lagache sau E. Minkowski. Autorul lucrării, care a fost extrem de influențat de cartea lui W. Dilthey (1833–1911) *Idei cu privire la o psihologie descriptivă și analitică*, propune să se facă clar distincție în psihopatologie între ceea ce ține de explicația cauzală naturalistă și ceea ce depinde de comprehensibilitate, singura valabilă în domeniul analizei psihologice și, mai precis, fenomenologice. Unele fenomene psihiatrice vor putea fi deci înțelese, printr-un demers subiectiv, fie în aspectul lor strict fenomenologic și static, fie în aspectul lor genetic și dinamic, care permite sesizarea înlănțuirii faptelor și înțelegerea modului în care se elaborează

un delir, pornind de la dezvoltarea unei personalități premorbide, sau înțelegerea modului în care a făcut irupție o psihoză reacțională ca urmare a unui eveniment deosebit de dramatic pentru subiect. În schimb, vor rămâne de resortul explicației naturaliste „progresele" considerate organice ale unor maladii mentale, ca demențele sau schizofrenia. Deși, în cazul schizofreniei, s-ar impune să distingem fazele procesuale incomprehensibile ale unor reorganizări psihopatologice secundare, care pot fi comprehensibile din punct de vedere fenomenologic. Această abordare psihopatologică, care examinează pacientul în globalitatea personalității sale și în totalitatea vieții (atât sincronic cât și diacronic), rămâne și azi actuală (P. Berner) și mereu practicată pe scară largă.

JET–LAG (termen englez). **Sindrom de desincronizare a ritmurilor biologice provocate de zborurile aeriene intercontinentale cu decalaj orar important (mai mult de patru ore).**

În esență, la subiecții sănătoși, plângerile se referă la pierderea somnului normal și oboseală (somnolență diurnă). Simptomele gastrointestinale de tipul gastritei și diareei sunt rare. Ansamblul tulburărilor dispare în 5 sau 6 zile.

Le putem evita menținând o stare de vigilitate prelungită, în cazul călătoriilor Est-Vest (cel mai adesea de zi), spre a nu dormi decât în noaptea corespunzătoare locului de destinație. În cazul călătoriilor Vest-Est (de exemplu, Washington–Paris), care se fac cel mai adesea noaptea, trebuie, dimpotrivă, să adormim încă de la decolarea avionului, luând un hipnotic ușor și cerând să nu fim treziți pentru masă sau film. La sosire, va trebui să ne păstrăm starea de vigilitate până la noaptea care urmează. Uneori este necesar să continuăm să luăm câteva seri la rând un hipn ușor, în doze regresive, pentru a intra ritmul nictemeral normal. Va trebui, a ales, să evităm utilizarea de benzodiaze a căror durată de acțiune nu ar fi scu

JOC (engl. *play* sau *game*). **Mod de a vitate polimorfă, observabil cu o f venţă cu atât mai mare cu cât ridicăm în scara animală și având u cu atât mai mare în viața unui indivi cât acesta este mai tânăr.**

Jocul este utilizat în terapii pent stabili comunicarea cu copilul și a-l a să-și modifice modul de funcțio mentală.

Încă din antichitate, Platon consi jocul ca un mijloc educativ care per învățarea unei meserii în viitor. Monta observă că jocurile copiilor manif „înclinațiile profunde ale ființei". S. F este însă cel dintâi care analizează sen ficația jocului cu mosorelul la un copi 18 luni care trăia sub același acoperiș c Freud sesizează dimensiunea simbol jocului copilului, care reproduce, cu ob tul pe care îl are în mână, scena dispar și reapariției mamei sale, asumând astfel un rol activ care îi permite să dom acele evenimente, până atunci suport M. Klein, pe urmele lui Freud, în 19 elaborează tehnica psihanalitică a jocu pentru copiii mici, descoperind că ace își exprimă fantasmele și angoasele e țialmente prin joc. „Interpretând nu d discursul copilului, ci și activitățile sal jucăriile, am aplicat acest principiu de b (asociația liberă) la psihismul copilului cărui joc și diversele activități, de întregul comportament, constituie mijlo de a exprima ceea ce adultul exprim mod predominant prin cuvinte." Ace psihanalistă utiliza jucăriile și o sa terapie echipată cu o chiuvetă, cu m

ese de mobilier, reprezentative pentru nea reală, care îi permit copilului să expri- un larg evantai de fantasme și de expe- iențe trăite. Copilul care suferă trăiește eci o ușurare considerabilă, de exemplu, când dintr-o jucărie ținta tendințelor distructive pe care le are față de un membru al familiei. Interpretarea psihanalistului este aceea care dă sens acestui comportament în cadrul terapiei. Tehnica *jocului terapeutic* (engl. *play-therapy*) a stârnit controverse în rândurile psihanaliștilor. A. Freud, îndeosebi, a refuzat să recunoască activitățile ludice ca echivalenți ai asociațiilor libere la adult. La fel, raporturile copilului cu psihanalistul, adică problema transferului, atât de importantă pentru M. Klein și discipolii ei, au fost examinate din punct de vedere diferit, adesea sub un unghi pedagogic. Actualmente, în psihiatria infantilă jocul este utilizat în numeroase forme de terapie, fie terapia individuală de inspirație psihanalitică, aplicată copiilor mici, fie un mare număr de metode de reeducare, ca ortofonia, reeducarea psihomotricității sau a altor forme de expresie corporală. Psihodrama utilizează o altă formă de joc, jocul dramatic, care are drept scop înțelegerea anumitor aspirații ale pacientului, care apar în enunțul temei, în elaborarea și în alegerea rolurilor, ca și înțelegerea mecanismelor de apărare, ale angoasei și culpabilității. Jocul este universal și corespunde sănătății; ceea ce este natural, este joc. „Este o terapie în sine", spune Winnicott.

Bibl.: Château, J., *Le jeu et l'enfant après trois ans, sa nature, sa discipline*, Vrin, Paris, 1955, nouv. éd. 1967; Chateau, J., *Les sources de l'imaginaire*, Éditions universitaires, Paris, 1972; Gratton, Ph., *Je jeu chez l'enfant*, Larousse, Paris, 1973; Millar, S., *La psychologie du jeu*, Payot, Paris, 1971; Winnicott, D.W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, 1971, trad.fr., Gallimard, Paris, 1975.

JOC PATOLOGIC (engl. *pathological gambling*). **Pasiune morbidă pentru joc.**

Unii psihiatri au făcut din pasiunea jucătorului o veritabilă maladie mentală. În DSM-III R, jocul patologic este considerat un comportament inadaptat, cu nouă criterii diagnostice (312.31), patru din ele fiind suficiente pentru a-l diagnostica:

– preocuparea obsedantă pentru joc;

– mare frecvență, cu mize foarte mari;

– trebuința de creștere a frecvenței și a mizelor, spre a realiza emoția dorită;

– agitație și iritabilitate în cazul în care trebuința de a juca nu este satisfăcută;

– pierderi repetate de bani, cu zadarnice tentative de a recâștiga banii pierduți;

– eforturi repetate de a reduce participarea la joc sau de a se opri, dar fără succes;

– recursul la joc, în speranța de a se achita de obligații sociale sau profesionale;

– sacrificarea, pentru joc, a altor activități sociale, profesionale sau de recreare;

– continuarea jocului, în pofida incapacității de a plăti datoriile tot mai mari.

JOINT (termen englez). **Țigaretă făcută din frunze de cannabis (marijuana) sau dintr-un amestec de hașiș și tutun, pe care toxicomanii și-o trec unul altuia.**

JUNKY sau **JUNKIE** (termen englez). **Toxicoman înveterat, în special heroinoman dependent care utilizează calea intravenoasă.**

Conotația peiorativă a termenului, ca și desemnarea drogului ca „junk", „camelote", are valoarea unei autoderâderi și a unei sfidări. În același spirit de disperare megalomanică, unii adolescenți revoltați s-au putut desemna pe ei înșiși ca deșeuri, rebuturi ale societății, niște „*punks*" [„putregaiuri"; tot așa, *junk* înseamnă zdrențe, boarfe nefolositoare, gunoi — notă L.G.].

K

KLEPTOMANIE (engl. *kleptomania*). → CLEPTOMANIE.

KORO (engl. *Koro*). **Psihoză anxioasă subacută și uneori confuzională, care se caracterizează prin impresia pacientului că are o retracție intraabdominală a organelor genitale.**

Relativ frecventă în Asia de Sud-Est, această afecțiune survine, în general, la adulții tineri imaturi de sex masculin, care au avut o relație sexuală dificilă sau întreruptă. Ea determină o stare de veritabilă disperare patologică, ce evoluează, în general, ca un acces delirant*. Adesea se admite specificitatea culturală a Koro, deși au fost descrise câteva cazuri la bolnavi occidentali (G.E. Berrios, R.L. Bernstein, A.C. Gaw).

KORSAKOV (Serghei). **Neurolog și psihiatru rus (1854–1900).**

A lăsat numele său unei encefalopatii cu polinevrită, etiologia fiind alcoolică. După studii medicale la Moscova, unde a fost elevul neurologului A. Kojevnikov, devine profesor și director al Clinicii neuropsihiatrice universitare în 1892. Își publică *Cursurile de psihiatrie* în 1893 și dezvoltă concepțiile medicale, cu privire „zăcerea la pat în tratamentul psihoze în 1900. Are o mare influență asu organizării asistenței bolnavilor mintal Rusia, participând la reforma mai mul stabilimente spitalicești. Creează Socie moscovită de neuropatologie și de psi atrie. Rămâne însă celebru în istoria psi atriei mai ales prin articolul său princep din 1887 asupra „tulburărilor sferei psihi în paralizia alcoolică și relațiile le cu tulburările psihice din polinevrită unde descrie ceea ce va deveni psihoz Korsakov*.

KRAEPELIN (Emil). **Psihiatru germa (Neustrelitz, 1856 — München, 1926).**

A fost profesor de psihiatrie la Dorp (1886), apoi la Heidelberg (1890) și, în sfârșit, la München (1903), unde a condus vreme de mai bine de două decenii Clinica psihiatrică universitară.

Elev al lui B. von Gudden și W. Wundt, s-a străduit, de-a lungul întregii sale cariere de cadru didactic și de cercetător, să facă o clasificare a maladiilor mentale bazată pe criteriile clinice cele mai obiective.

Aceasta se va contura în cursul celor opt ediții succesive ale clasicului său *Tratat de psihiatrie* (ediția întâi, 1883). Începând din ediția a 6-a, publicată în 1899, el precizează cadrul nosografic al psihozelor cronice, divizându-le în două mari grupe:

– pe de o parte, psihoza maniaco-depresivă, caracterizată de tulburări timice majore și de o evoluție periodică;

– și, pe de altă parte, demența precoce, marcată de o debilitare psihică progresivă care evoluează spre o deteriorare intelectuală, la subiecți tineri, fiind într-un fel pandantul „precoce" al demenței senile. El distinge o formă hebefrenică, o formă catatonică, o formă delirantă „paranoidă" și o formă „paranoidă atenuată" care nu se însoțește atât de repede cu „dezagregarea personalității" și care va deveni, în 1912, grupul „parafreniilor".

Kraepelin își întemeia esențialmente clasificarea pe datele evolutive, considerând că psihozele sunt endogene și că în orice caz duc, mai devreme sau mai târziu, la o stare de decădere terminală și la necesitatea unei internări definitive. În pofida extrem de numeroaselor critici la care a fost supusă timp de aproape un secol, nosografia lui Kraepelin rămâne mereu utilizată pentru diagnosticul psihiatric. Cu toate atacurile din partea școlilor antipsihiatrice, el a marcat în mod durabil psihiatria europeană.

KRAFFT-EBING (Richard von). **Psihiatru german (Mannheim, 1840 — Graz, 1902).**

A fost, succesiv, profesor de psihiatrie la Strasbourg (1872), apoi la Graz (1873–1889) și, în sfârșit, la Viena, unde i-a succedat lui Th. Meynert, în 1892. A publicat un *Manual de psihiatrie* în 1889, dar este mai ales cunoscut pentru a sa *Psychopathia sexualis*, apărută în 1886 (a cărei a treia ediție a fost tradusă în franceză de E. Laurent, în 1895), în care sunt descrise pentru prima oară, clinic și științific, diferitele anomalii sexuale. În pofida opțiunilor sale neuropsihiatrice, fără a fi fost partizanul psihanalizei, a jucat un rol important în cariera lui S. Freud [și a lui C.G. Jung, cum el însuși o recunoaște — notă L.G.].

KRETSCHMER (Ernst). **Psihiatru german (Wüsterrot, în apropiere de Heilbronn, 1888 — Tübingen, 1964).**

A studiat relațiile dintre morfologia corporală și anumite tipuri de maladii mentale.

După studii de medicină la Tübingen, unde devine cadru didactic în psihiatrie, în 1923, obține o catedră în aceeași specialitate la universitatea din Marburg, în 1926. Opunându-se regimului nazist, trebuie să renunțe la funcțiile sale oficiale în 1933 și nu le va relua decât în 1946. Va participa atunci la reorganizarea universităților din Marburg și Tübingen.

A elaborat un sistem de caracterologie, căutând corelații între conformarea fizică a corpului (biotip) și caracter, spre a face apropieri între acestea și predispoziția la maladii mentale. A pus astfel în evidență două mari serii: în una, biotipul este *picnic* (brevilin, scund și rotofei) și se însoțește cu un temperament ciclotimic și cu o predispoziție către psihoza maniaco-depresivă; în cealaltă, biotipul este *leptosom* (longilin și slab), temperamentul este schizotimic, iar predispoziția este către schizofrenie (*Körperbau und Charakter*, 1921).

A descris, pe de altă parte, o formă specială de psihoză delirantă, delirul de relație al senzitivilor)*. A mai scris *Hysterie, Reflexe, Instinkt* (1923); *Geniale Menschen* (1929). Kretschmer a făcut mult pentru

psihiatria germană, într-o perioadă dificilă din istoria acesteia, opunându-se cu fermitate ideologiei hitleriste.

KURU (engl. *kuru*). **Encefalită cu evoluție extrem de lentă, observată pentru prima dată într-un trib din Noua Guinee.**

Datorată unui virus lent, ea se prezi... ca o afecțiune degenerativă familială, ... manifestări clinice demențiale înrudite ... acelea din boala Creutzfeldt–Jakob*.

L

LABILITATE (engl. *lability*). **Caracter al unei dispoziții instabile, schimbătoare.**

Labilitatea se întâlnește mai ales în accesele isterice reacționale, cu o hiperexpresivitate a afectelor care însoțește o hiperactivitate la frustrări ca și la gratificații. Aceste reacții afective sunt deosebit de ample: crize de plâns spectaculare succed unor explozii de bucurie, o tristețe profundă este urmată de exaltare euforică nereținută etc. Se descrie această labilitate și în unele stări mixte maniaco-depresive în care oscilațiile de dispoziție sunt extrem de rapide. → PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ.

LACUNAR (engl. *lacunary*). **1) Se spune despre o uitare, despre o lacună în evocarea trecutului, cu referire la una sau mai multe perioade determinate.**

Vom vorbi de lacună atunci când uitarea rămâne circumscrisă, fiind prilejuită de un ictus mnezic, de un traumatism cranian sau de un acces confuzional în timpul cărora se semnalează absența de memorizare, de fixare de amintiri.

2) În neuropsihiatrie, se spune despre o stare de debilitare psihică asociată cu tulburări neurologice simptomatice de ramolismente cerebrale, cum putem vedea în sindromul pseudobulbar.

LAFORGUE (René). **Psihiatru și psihanalist francez (Thann, 1894 — Paris, 1964).**

A fost un pionier al psihanalizei în Franța. Și-a făcut studiile medicale la Berlin și s-a interesat, încă de pe când era student, de opera lui S. Freud. Venit la Paris în 1923, se instalează ca psihanalist, după o cură didactică destul de scurtă cu E. Sokolnicka, văzându-se însărcinat de prof. H. Claude cu o consultație psihanalitică la Spitalul Sainte-Anne. Începe atunci o lungă corespondență cu S. Freud și, împreună cu A. Hesnard, R. Loewenstein, M. Bonaparte, E. Pichon și R.Allendy, înființează Societatea psihanalitică din Paris, în 1926, iar în 1927 fondează *Revue française de psychanalyse*. După al doilea război mondial s-a stabilit pentru un timp în Maroc, unde l-a avut ca elev pe J. Bergeret, apoi a participat la prima sciziune a mișcării psihanalitice franceze, alăturându-se lui J. Lacan și D. Lagache și întemeind împreună cu ei, în 1953, Societatea franceză de psihanaliză.

Cercetările sale s-au axat mai ales pe tulburările afective din schizofrenie și „schizonoia", nevroza familială (unde, iarăși, a fost un veritabil pionier) și nevroza de eșec, pe care a ilustrat-o în lucrările sale despre Ch. Baudelaire, J. J. Rousseau și N. Bonaparte. A studiat viața „micului caporal" și a sa *„fuite en avant"*, într-o carte în care apără luciditatea și oportunismul politic al unui C.M. de Talleyrand.

LAGACHE (Daniel). **Medic, psihanalist și psiholog francez (Paris, 1903 — id., 1972).**

Este fondatorul psihologiei clinice în Franța. Fost elev al Școlii normale superioare (1924), agregat de filosofie (1928) și doctor în medicină (1934), a fost discipolul lui G. Dumas în psihologia patologică și al lui H. Claude în psihiatrie. Urmează apoi o cură psihanalitică cu R. Loewenstein și devine psihanalist în 1938. Numit profesor de psihologie la Universitatea din Strasbourg în 1937, urmează această universitate la Clermont-Ferrand în anii celui de al doilea război mondial. În 1947 devine profesor la Sorbona, la catedra de psihologie generală, unde îi succedă lui P. Guillaume, după ce și-a susținut teza de doctorat în litere *La jalousie amoureuse* (publicată în 1947). Ocupă apoi catedra de psihologie patologică, părăsită de G. Poyer în 1955. În cercetările clinice și în cursurile sale se străduiește să introducă psihanaliza, atât în psihologia socială și individuală, cât și în criminologie. Fundamentează o „psihologie clinică", definită ca „studiu al conduitelor individuale, examinate într-o conjunctură socioafectivă și culturală determinată", utilizând în același timp tehnici psihometrice, o comprehensiune fenomenologică și o interpretare de inspirație psihanalitică. În *Unitatea psihologiei* (1949) arată că psihologie adevărată nu poate fi decât clinică și că trebuie să utilizeze aceste diverse abordări într-un demers sintetizator, axat pe subiectivitate și intersubiectivitate. La sfârșitul vieții animă proiectul *Vocabularului psihanalizei*, pe care, sub direcția sa, îl realizează elevii săi J. B. Pontalis și J. Laplanche.

LAING (Ronald David). **Psihiatru britanic (Glasgow, 1927 — Saint-Tropez, 1989).**

Fenomenolog asociat adesea cu mișcarea antipsihiatrică — pe când el însuși se declara în favoarea unei psihiatrii bune —, este mai apropiat de tratamentul moral practicat de Ph. Pinel și de teoria interpersonală a lui Stack Sullivan decât de lobotomie sau de cura lui Sakel.

Încă de la primele sale lucrări asupra sindromului Ganser (1953), tânărul Laing, pe atunci locotenent, se găsește într-o situație critică în raport cu gândirea bleuleriană. Apoi, începând cu anii 1956–1957, anii de redactare a *Eului divizat* (1960), care introduce conceptul de insecuritate ontologică, ruptura cu „privirea diagnostică" este aproape consumată. La doi ani după publicarea acestei lucrări, Laing, care are exact 35 de ani, se consacră unui lung studiu asupra operei lui E. Minkowski: el ajunge la concluzia că acesta „a fost cel dintâi din istoria psihiatriei care a reconstruit experiența trăită a celuilalt". În aceeași perioadă el redactează *Sine și ceilalți* (1961), apoi prima sa capodoperă, *Rațiune și violență* (1964). Acest studiu al gândirii lui J.-P. Sartre, redactat în colaborare cu D. Cooper, subliniază paradoxul istoric în care s-a izolat Laing, căci, exact în momentul în care o parte dintre gânditorii francezi se îndepărtează de J.-P. Sartre spre a se impregna de structuralism, rebelii englezi Laing și Aron Esterson se îndreaptă spre J.-P. Sartre, E.Minkowski, H.S. Sullivan, L.C. Wynne și G. Bateson, într-un efort teoretic de demistificare ce vizează să zdruncine psihiatria structurală tradițională.

Dar nu pe drumul sartrian ajunge în Franța gândirea lui Laing, ci pe calea lacaniană.

Difuzarea ideilor lui Laing, Cooper și A. Esterson a fost cu prisosință facilitată de R. Gentis, care a lucrat la Saint-Alban și l-a tradus pe Sullivan în 1968, cât și de M. Mannoni. Întâlnirea din 1967 dintre Laing, Cooper și marile nume ale casei lacaniene și ale psihoterapiei instituționale permite să se întrevadă un teren de înțelegere: Cooper a elaborat noțiunea celor trei generații care duc la psihoză — și efectiv în jurul acestei noțiuni și a ideii de „alegere forțată" în psihoză s-a conturat baza unui acord. Sartre, în prefața sa la *Rațiune și violență*, scria în ziua de 9 noiembrie 1963: „Consider — ca și voi, cred — boala mintală ca pe soluția salvatoare pe care organismul liber [...] o inventează pentru a putea trăi o situație de netrăit."

Cooper evocă, de fapt, o noțiune pur psihologică dezvoltată de H. Stack Sullivan, iar opera lui Laing poate fi înțeleasă ca o tentativă de sinteză între viziunea macropsihosocială a lui Sullivan, modelele microsociale ale lui G. Bateson și L. C. Wynne, la care se adaugă fenomenologia franceză. Începând cu lucrările sale asupra sindromului Ganser și asupra operei lui Minkowski, Laing este conștient de faptul că riscă să continue „o carieră stranie", dar sinteza sa va fi adusă la cunoștința unui public francez o dată cu toate interogațiile suscitate de evenimentele din mai 1968.

Dacă Laing și-a manifestat un entuziasm explicit pentru Minkowski, el este rezervat în privința lui L. Binswanger, poate din cauza „cazului Ellen West" care îl obsedează pe acesta. Cu timpul el abandonează vocabularul psihiatric, pe care, de acord cu Van Den Berg, îl consideră un „veritabil vocabular de denigrare" și, în scrierile sale autobiografice, subliniază nu numai atașamentul său față de prima sa scriere asupra sindromului Ganser, ci și fidelitatea față de principiile lui Stack Sullivan. „Privirea diagnostică", clasificarea cu nesaț nu pot, crede el, să servească sufletul aflat în suferință. În consecință, se alătură preocupărilor pe care le regăsim deja în teza lui P. Belvet.

Critica franceză asupra lui Laing trece adesea „alături" de adevăratele puncte slabe ale acestuia, cum subliniază B. Cuau și D. Zigante. Una din criticile cele mai frecvente se referă la ideea că psihoza poate fi o perioadă de reorganizare a individului, o reconstrucție, și la ideea că azilul dublează alienarea subiectivă. Din păcate, Laing nu face decât să reia concepțiile pe care au pus pecetea respectabilității S. Freud, W. Perry, A.T. Boisen, H.S. Sullivan și Ph. Pinel. Acesta din urmă consideră că unele crize de manie duceau la vindecare și că, dacă este o artă să dai medicamente, o artă încă și mai mare este să te lipsești de ele. De altfel, critica azilului a reînceput în Franța din 1945, iar condamnarea vieții de azil formulată de P.C. Racamier în 1957 ar fi fost cu siguranță bine primită de Laing.

Așadar, critica franceză la adresa lui Laing apare ca o indispoziție în fața propriei oglinzi, echivalentul istoric al unei halucinații negative, iar Tosquelles are poate dreptate să sublinieze continuumul perceput între Saint-Alban, *„anti Saint Jean de Dieu"* și „antipsihiatrie". → ANTIPSIHIATRIE; CAZUL ELLEN WEST; DUBLĂ LEGĂTURĂ; PSEUDOMUTUALITATE; SINDROM GANSER.

LATERALIZARE (engl. *lateralisation*). **Situație a unei funcții în cazul în care este asimetric organizată între cele două emisfere cerebrale, dintre care una este funcțional prevalentă în ceea ce privește funcția avută în vedere.**

Această noțiune se referă în primul rând la *lateralizarea motorie*: activitățile manuale cer o cooperare bimanuală, dar o mână este prevalentă în ceea ce privește execuția secvenței motorii. Chestionarele și testele de motricitate permit stabilirea unui coeficient de lateralitate și clasificarea subiecților în dreptaci, ambidextri și stângaci. Din cauza încrucișării căilor, emisfera opusă mâinii preferate este cea dominantă în ceea ce privește comanda motorie.

Există o extrem de puternică normă socială de lateralitate în favoarea mâinii drepte: după H. Hécaen (1984), în societățile studiate proporția stângacilor reperați variază de la 2% (societăți constrângătoare) la 10% (societăți permisive). → DOMINANȚĂ CEREBRALĂ.

LĂCOMIE (engl. *gluttony*). **Exagerare a conduitelor alimentare, care devin dezordonate și se asociază cu voracitatea.**

Această lipsă de control a apetitului este frecventă în stările demențiale avansate. Ea riscă să provoace rătăcirea alimentelor în laringe și pe trahee, ceea ce poate duce la o moarte imediată prin asfixie.

LEGEA DIN 30 IUNIE 1838. Lege referitoare la internarea bolnavilor mintali, inserată în Codul de sănătate publică (articolele L 326 — L 355) și care a fost în vigoare până la 27 iunie 1990.

Înainte de Revoluția din 1789, sechestrarea „nebunilor" se putea face conform mai multor modalități. „Ordinele de justiție", constau în decizii sau sentințe de sechestrare pronunțate de jurisdicții competente (tribunale regale sau senioriale, parlamente, tribunal du Châtelet la Paris etc.). Internarea putea fi, de asemenea, pronunțată printr-un „ordin special" al unui magistrat sau printr-un „ordin al regelui" (*lettre de cachet*).

Subiecții recunoscuți ca „nebuni" erau în acest caz închiși în cele mai diverse locuri, a căror variabilitate nu ținea decât de considerente de ordin local: spitale generale, ospicii de caritate, congregații religioase, închisori, castele, domicilii forțate sau case de corecție. Nebunul se găsea în acest caz în prezența unei populații extrem de heteroclite, constituită din vagabonzi, șomeri, copii, bătrâni, epileptici, prostituate și delincvenți.

La 27 martie 1790, Adunarea constituantă votează legea care abolește mandatele de arestare (*lettres de cachet*). Textul legislativ este fundamental, atribuindu-i nebunului statutul de bolnav și instituționalizând sechestrarea sa în „spitale care vor fi indicate în acest scop". Medicul va fi rapid implicat, cum o simbolizează fapta lui P. Pinel, care îi scoate din lanțuri pe alienați, în 1793, la Bicêtre și la Salpêtrière. Dar dacă aceste dispoziții priveau persoanele deja sechestrate, nimic nu era prevăzut pentru cele care ar fi putut fi susceptibile de sechestrare.

Sub Consulat și Imperiu, soluțiile la aceste situații sunt reglementate prin sentințe pronunțate de tribunale; dar aplicarea lor rămâne aleatorie și variabilă de la o regiune la alta. Dând curs cercetărilor mai multor comisii de anchetă și concluziilor trase de pe urma a optsprezece luni de dezbateri parlamentare, Camera pairilor adoptă, la 30 iunie 1838, legea numită „legea alienaților". Această lege, care prevede modalitățile și locurile de internare a alienaților, se vrea în același timp:

– *o lege de asistență*, deoarece fiecare departament este obligat să dispună de un stabiliment public special destinat îngrijirii „alienaților";

– *o lege de protecție* a bolnavului față de el însuși (delăsare, mutilare, sinucidere) și a societății față de periculozitatea reală sau presupusă venită din partea alienatului. În plus, acesta este deposedat de gestiunea bunurilor sale, pe întreaga durată a spitalizării.

Această lege, care derogă de la principiul constituțional al libertății individuale, nu se putea deci concepe decât din motive cu totul grave. În această privință, ea organizează două tipuri de internări: plasamentul voluntar și plasamentul din oficiu.

Legea a fost obiectul a numeroase critici, dar va persista mai bine de un secol și jumătate, având o aplicare din ce în ce mai restrânsă.

Aplicarea în psihiatrie a legii din 1838 nu mai reprezenta în 1990 decât 10% din cazuri (2% plasamente din oficiu și 8% plasamente voluntare), 90% rămânând a fi admise în serviciu liber, adică potrivit modalităților care reglementează spitalizarea într-un serviciu nepsihiatric. Serviciul liber, care nu este prevăzut de legea din 1838, s-a generalizat mai ales de când spitalizarea nu mai reprezintă decât o fază în tratamentul maladiilor mentale grave. Lucrul acesta a devenit posibil o dată cu dezvoltarea tehnicilor medicamentoase și psihoterapeutice, precum și o dată cu instituirea unei politici de sector*.

Pe de altă parte, legea din 3 ianuarie 1968 a amendat în mod deosebit legea din 1838, organizând distincția dintre spitalizare și eventuala protecție a bunurilor.

Domeniul legii din 1838 s-a subțiat și mai mult de când legea din 31 decembrie 1985 nu mai obligă departamentele să dispună de un stabiliment specific destinat să primească pacienți internați.

Legea din 1838 a încetat de a mai fi în vigoare o dată cu apariția în *Jurnalul oficial* a legii din 27 iunie 1990*.

LEGEA DIN 15 APRILIE 1954. Lege referitoare la tratamentul alcoolicilor presupuși a fi periculoși pentru semeni.

Deja înainte de 1954 legea condamna beția publică și manifestă. Dar dacă se dorea tratarea unui subiect alcoolic, se cerea consimțământul acestuia sau trebuia ca el să fie atins de tulburări mentale care să justifice o internare (legea din 30 iunie 1838).

Or, numeroși alcoolici, fără a fi „alienați" și nici delincvenți, constituie un pericol pentru anturajul lor sau pentru societate. Aceste persoane sunt vizate de legea din 15 aprilie 1954, care apare astfel a fi o adevărată lege de apărare socială.

Orice alcoolic despre care se presupune că este periculos, fără ca acest concept să fie definit de lege, trebuie semnalat către D.D.A.S.S. de către procurorul Republicii sau prefect, în următoarele două cazuri:

– cu ocazia unor urmăriri judicioase, când instanța revelează puternice prezumții de intoxicație alcoolică;

– pe baza certificatului unui medic de serviciu public (spital, dispensar) sau pe baza raportului unei asistente sociale.

D.D.A.S.S. dispune în acest caz să se procedeze la o anchetă socioprofesională și la examenul medical al celui în cauză. Examenul are loc într-un centru medicopsihologic sau într-o structură sanitară abilitată.

Medicul trebuie să-și înainteze în 48 de ore concluziile, precizând dacă subiectul

pare periculos, iar dacă da, dacă există indicii de iminență a pericolului.

Ori de câte ori este posibil, D.D.A.S.S. încearcă să-l determine prin persuasiune pe alcoolic să se amendeze. Dacă lucrul acesta se dovedește imposibil, dispune convocarea lui în fața comisiei medicale departamentale, prevăzute în acest scop. Comisia poate decide o cură de dezintoxicare, cu sau fără spitalizare. În caz de refuz sau de gravitate a situației, dispune citarea subiectului în fața tribunalului civil. Statuând în instanță nonpublică, tribunalul poate decide plasamentul într-un centru de reeducare specializat. Mai mult, el poate pronunța interdicții temporare (permis de conducere, de vânătoare, poprire din salariu etc.).

În fapt, un departament din două este dotat cu o comisie medicală competentă, 20% din subiecții convocați după semnalarea D.D.A.S.S. se prezintă, mulți medici fiind prea puțin favorabili acestei legi considerată autoritară, un singur centru de reeducare specializat fiind creat pe întregul teritoriu, la La Membrolle-sur-Choisille (Indre-et-Loire), în apropiere de Tours. Actualmente, legea din 1954 rămâne puțin aplicabilă și puțin aplicată.

LEGEA DIN 3 IANUARIE 1968. Lege privind reforma dreptului incapabililor majori.

Unele persoane nu mai sunt în stare să-și apere cum se cuvine interesele, să-și administreze patrimoniul, să practice actele elementare ale vieții civile. Este cazul multor bolnavi mintali sau al unor subiecți care prezintă infirmități corporale, tulburări care împiedică exprimarea voinței sau a discernământului. Până în 1968, doar pacienții care făceau obiectul unei internări se vedeau deposedați de gestiunea patrimoniului lor pe întreaga durată a spitalizării. Dar, chiar de la externare, ei își recăpătau întreaga capacitate juridică (posibilitatea de a-și exercita personal drepturile și obligațiile). Nu există nici o gradare posibilă în ceea ce s-a numit legea lui tot sau nimic. Pe de altă parte, pacienții tratați în clinici private sau în ambulatorii erau excluși de la aceste măsuri.

Legea din 1968 își propune să separe medicalul de juridic și să introducă numeroase regimuri intermediare de protecție. Majorii a căror protejare legea o va permite, dată fiind pierderea totală sau parțială a capacităților de exercitare, devin incapabili în sensul juridic al termenului; de unde expresia de *incapabil major*. Legea organizează trei mari regimuri de protecție: ocrotirea juridică, tutela și curatela.

Ocrotirea juridică este o măsură provizorie și de urgență cu privire la un major care „are nevoie de a fi protejat în actele vieții civile". Ea rezultă din declarația unui medic specialist dată procurorului Republicii din locul de tratament.

O tutelă este instituită atunci când un major sau un minor emancipat, din cauza alterării facultăților sale personale, „are nevoie de a fi reprezentat în mod continuu în actele vieții civile". Tutorele, fie că este vorba de o rudă, de o rudă prin alianță, de un administrator sau de o asociație tutelară abilitată, este numit, după instruire și judecată, de către judecătorul de tutele.

O curatelă este instituită atunci când un major, din cauza alterării personale, „are nevoie de a fi consiliat sau controlat în actele vieții civile". Curatorul este și el desemnat, după instrucție și judecată, de către judecătorul de tutele. În orice clipă, judecătorul poate enumera actele pe care subiectul aflat sub tutelă va avea capacitatea să le facă singur, ori pe acelea pe care subiectul aflat sub curatelă nu le va putea efectua singur. Toate regimurile intermediare sunt deci posibile și modificabile în permanență, ținându-se seama de evoluția „facultăților personale" ale celor în cauză.

Mai mult, toate aceste măsuri nu au, din punct de vedere legal, decât un caracter temporar, deoarece ele trebuie să înceteze o dată cu cauzele care le-au determinat. Trebuie adăugat că judecătorul de tutele este obligat să solicite avizul medicului curant înainte de a lua unele măsuri (instituirea unei tutele sau curatele, audierea celui în cauză, căsătoria subiectului, regimuri intermediare etc.).

LEGEA DIN 30 IUNIE 1975. Lege de orientare în favoarea persoanelor handicapate.

Legea de orientare, intrată în vigoare în mod treptat, își propune două mari obiective: 1)simplificarea legislațiilor anterioare cât și a procedurilor; 2) considerarea luării în sarcină a handicapaților drept o obligație națională, în sarcina statului (prevenire, depistare, îngrijire, educație, formație și educare profesională, utilizare și garantarea unui minim de resurse).

Handicapații pot fi fizici, senzoriali sau mentali, dar legea din 1975 nu-i definește în nici un fel. Cu toate acestea, se tinde a se considera că handicapatul este legat de o situație în care se găsește o persoană: poți fi deci handicapat pentru una sau mai multe activități determinate. Oricum, legea din 1975 se aplică atât copiilor și adolescenților cât și adulților.

În ceea ce privește adulții, legea instaurează în fiecare departament o comisie tehnică de orientare și de reclasare profesională (COTOREP). Fiecare COTOREP se compune din 20 de membri, între care medici și reprezentanți ai unor administrații interesate. Ea este competentă mai ales în ceea ce privește recunoașterea calității de muncitor handicapat, pronunțarea asupra orientării și a măsurilor adecvate de asigurare a unei reclasări profesionale, desemnarea stabilimentelor care să concure la această reclasare sau la ajutorarea adulților handicapați (ateliere protejate, centre de ajutorare prin muncă, case de ajutor specializat). COTOREP este, de asemenea, competentă să atribuie alocația adulților handicapați, în cazul în care sunt îndeplinite anumite condiții.

În ceea ce privește pe copii sau adolescenți, legea din 1975 creează în fiecare departament o comisie de educație specială (CDES). Fiecare CDES se compune din 12 membri, între care un medic și reprezentanți ai unor organisme sociale și medico-educative. Ea poate delega unele din atribuțiile sale unor comisii de circumscripție, cu excepția acelora care au o incidență financiară. CDES este competentă îndeosebi să desemneze stabilimentele sau serviciile care distribuie sau nu educația specială (clasă obișnuită cu învățământ de susținere, reeducație sau tratamente ambulatorii; clasă sau secție de adaptare sau de educație specială dintr-un stabiliment școlar normal; stabiliment sau serviciu specializat). CDES este, de asemenea, competentă în atribuirea alocației de educație specială, în cazul în care sunt îndeplinite anumite condiții.

LEGEA DIN 31 DECEMBRIE 1985. Lege referitoare la sectorizarea psihiatrică.

Sectorul de psihiatrie este o arie geografică de aproximativ 70 000 de locuitori care depinde de un serviciu de psihiatrie determinat. Sectorizarea s-a instituit

progresiv, ca urmare a circularei „princeps" din 15 martie 1960, urmată de numeroase texte reglementare. Dar numai prin legea din 25 iulie 1985, care cuprinde diverse dispoziții de ordin social, sectorul este recunoscut printr-un text legislativ. Aceeași lege instituie și un consiliu departamental de sănătate mentală care cuprinde îndeosebi reprezentanți ai statului, ai unor colectivități teritoriale, ai unor case de asigurări pentru boală, reprezentanți ai personalului sanitar, ai unor stabilimente de spitalizare publice sau private.

Dar pe când legea din 25 iulie 1985 nu rezervă decât un articol sectorului psihiatric, legea din 31 decembrie 1985 îi este consacrată în întregime. Prin articolul 1 ea modifică legea din 31 decembrie 1970 cu privire la reforma spitalicească și introduce sectorul de psihiatrie în harta sanitară a Franței. În articolul 4 legea dispune că fiecare stabiliment care asigură serviciul public spitalicesc și participă la lupta contra maladiilor mentale este responsabil de aceasta în sectoarele psihiatrice care îi sunt atașate. Această lege modifică, de asemenea, legea din 30 iunie 1838 privind internarea bolnavilor mintali; ea nu mai obligă, într-adevăr, departamentele să dispună de un stabiliment public destinat în mod special îngrijirii „alienaților".

Decretul din 14 martie 1986 este regulamentul de aplicare a legii din decembrie 1985. El precizează că sectoarele de psihiatrie sunt denumite, după destinația lor, *sectoare de psihiatrie generală, sectoare de psihiatrie infanto-juvenilă* și *sectoare de psihiatrie în mediu penitenciar*. Acest text definește și componența, și rolul consiliului de sănătate mentală (aviz consultativ asupra problemelor referitoare la organizarea și funcționarea echipamentelor și serviciilor de luptă contra maladiilor mentale, ca și asupra proiectelor de creare de stabi limente sociale și medico-sociale care s poată veni în ajutorul bolnavilor și ha dicapaților mintali).

LEGEA DIN 27 IUNIE 1990. Leg care reglementează condițiile de spitali zare a bolnavilor mintali și protecți drepturilor lor (apărută în *Jurnalul of cial* din 30 iunie 1990).

Înlocuind vechea lege din 30 iunie 183 și corespunzând ansamblului articolelo L 326-1 până la L 355 din Codul de sănă tate publică, ea statuează de la bun începu că „orice persoană spitalizată cu consim țământul său pentru tulburări mentale est considerată în spitalizare liberă". Ea beneficiază în acest caz de aceleași dreptur și statut ca un bolnav spitalizat într-un ser viciu oarecare de spital general. În schimb, când persoana este spitalizată fără consim țământul ei, se va încadra fie în *spitalizarea la cererea unui terț*, care înlocuiește vechiul „plasament voluntar", fie în *spitalizarea din oficiu*, corespunzătoare vechiului plasament din oficiu (→ LEGEA DIN 30 IUNIE 1838).

SPITALIZARE FĂRĂ CONSIMȚĂ MÂNT. Prima modalitate (secțiunea I a legii, articolele L 333–L 341) nu se poate realiza decât dacă tulburările mentale ale bolnavului fac imposibil consimțământul acestuia și dacă starea sa psihică impune, pe de altă parte, îngrijiri imediate și o supraveghere permanentă în mediu spitalicesc. În afară de cererea de internare scrisă de un membru al familiei bolnavului sau de o persoană care poate acționa în interesul acestuia (excluzând personalul îngrijitor, dacă își exercită funcțiile într-un stabiliment de ajutorare), sunt necesare două certificate medicale care să dateze de mai puțin de 15 zile, detaliate, care să ateste imposibilitatea consimțământului din partea pacientului și necesitatea ca el să fie îngrijit și supravegheat continuu într-un stabiliment spitalicesc. În mod normal, aceste două certificate ar trebui redactate de medici din afara acestei instituții, pentru a se evita orice risc de înțelegere secretă între practicieni. Cu toate acestea, s-a admis ca al doilea medic certificator să poată fi dintr-un stabiliment de ajutorare. Lucrul acesta face parțial iluzorie separarea care ar fi trebuit menținută între medicii responsabili din punct de vedere medical de spitalizarea la cerere și practicantul din spital însărcinat să confirme sau să infirme, în 24 de ore, apoi în 15 zile și, în sfârșit, în fiecare lună necesitatea continuării spitalizării la cerere.

Acest din urmă medic trebuie să redacteze de fiecare dată, în acest scop, un certificat circumstanțiat care să conchidă menținerea sau încetarea spitalizării. În afara certificatelor periodice „legale", el poate și trebuie să redacteze un certificat de încetare a spitalizării la cerere, de îndată ce constată că aceasta nu se mai justifică. Diferitele certificate trebuie adresate în cele mai mici detalii autorităților administrative (articolele L 334, L 337 și L 338), ceea ce garantează un control extramedical al spitalizării la cerere, dar nu permite respectul secretului medical pentru bolnav, deoarece nici un articol de lege nu obligă numitele autorități la secret. Când condițiile de spitalizare nu mai sunt întrunite și în absența unui certificat medical remis la timp, prefectul poate ordona încetarea imediată a acestei spitalizări (articolul L 338). De obicei, însă, medicul stabilimentului va fi cel care, redactând un certificat de încetare a spitalizării, va proceda la externarea bolnavului sau, cu consimțământul acestuia, îl va păstra în spitalizare liberă, dacă spitalizarea este încă necesară, sub tratamentul său.

SPITALIZARE DIN OFICIU. A doua modalitate (secțiunea a II-a a legii, articolele L 342–L 349) corespunde *spitalizării din oficiu*. Ea nu diferă, practic, de plasamentul din oficiu din vechea lege din 1838.

De fapt, este tot o decizie prefecturală (la Paris, prefectul poliției), motivată și enunțând cu precizie circumstanțele care fac necesară spitalizarea, în baza unui certificat medical detaliat (care poate fi redactat de un practician al stabilimentului de primire), care dispune spitalizarea din oficiu. Îi revine apoi medicului din spital sarcina să confirme sau să infirme în certificatele sale necesitatea menținerii spitalizării, la 24 de ore, la 15 zile și lunar. Iar dacă psihiatrul declară că poate fi dispusă externarea, directorul stabilimentului este obligat să adreseze în 24 de ore un referat prefectului, care trebuie să statueze fără întârziere (dar nu în mod necesar în sensul externării imediate, deoarece articolul L 348-1 prevede că, pentru anumiți pacienți, prefectul poate alege doi psihiatri din exteriorul stabilimentului pentru confirmarea avizului practicianului din spital, înainte de a ordona externarea).

CONTROL ȘI SANCȚIUNI. Sancțiuni penale deosebit de severe (de la 5 zile la un an închisoare, și de la 500 la 15 000 F amendă, art. L 352–354) sunt prevăzute pentru directorii și medicii de spital care nu au transmis în cel mai scurt timp aceste certificate sau care nu le-au redactat în timpul prevăzut. Aceasta înseamnă că ansamblul puterii medicale este deosebit de bine controlat, în timp ce prefecturile își păstrează, în ceea ce privește spitalizările din oficiu, o mare libertate de decizie.

Pacientul trebuie informat încă de la internarea sa, iar mai apoi la cererea sa, cu privire la situația sa juridică și la drepturile sale (art. L 326-3). Acestea sunt, în primul rând, dreptul de a comunica cu autoritățile, în special cu președintele tribunalului de mare instanță și cu procurorul Republicii, dreptul de a trimite și primi corespondență, de a consulta regulamentul de ordine interioară al stabilimentului în care este spitalizat și de a „căpăta explicațiile care se raportează la acesta", dreptul de a beneficia de sfatul unui avocat sau al unui medic preferat și chiar dreptul de a-și exercita în continuare votul și de a se consacra unor activități religioase sau filosofice, potrivit opțiunilor sale. Și, bineînțeles, la externarea sa bolnavul își păstrează „totalitatea drepturilor și îndatoririlor de cetățean" (art. L 326-5). Beneficiază, de asemenea, de o supraveghere deosebită a stabilimentului în care este spitalizat. Acesta trebuie vizitat, „fără o prealabilă publicitate, o dată pe semestru de către prefect sau reprezentantul său, de judecătorul tribunalului de instanță, de președintele tribunalului de mare instanță sau de delegatul său, de primarul comunei sau de reprezentantul acestuia și, cel puțin o dată pe trimestru, de către procurorul Republicii în jurisdicția căruia este situat stabilimentul". Aceste autorități primesc reclamațiile persoanelor spitalizate sau de la consilierii lor și, dacă este cazul, procedează la toate verificările utile. În sfârșit, o „comisie departamentală de spitalizări psihiatrice însărcinată să examineze situația persoanelor spitalizate pentru tulburări mentale prin prisma respectului libertăților individuale și a demnității persoanelor" trebuie instituită în fiecare departament (art. L 332-3), cu următoarea componență:

1) un psihiatru desemnat de procurorul general de pe lângă Curtea de apel;

2) un magistrat desemnat de prim-președintele Curții de apel;

3) două personalități calificate, una desemnată de prefect, cealaltă de președintele consiliului general, cea dintâi fiind psihiatru, cealaltă un reprezentant al unei organizații care reprezintă familiile persoanelor ce suferă de tulburări mentale.

Această comisie are un rol extrem de important în controlul spitalizărilor fără consimțământ (la cererea unui terț sau din oficiu), despre care trebuie să fie cu regularitate informată. Ea este, de asemenea, înștiințată cu privire la orice reînnoire a spitalizării (la 15 zile și lunar) și cu privire la încetarea acesteia în cazul în care bolnavul și-a recăpătat posibilitățile de consimțământ. Comisia examinează, la nevoie, situația persoanelor spitalizate și, în mod obligatoriu, pe a oricărei persoane a cărei spitalizare la cerere se prelungește mai mult de trei luni. Sesizează, când lucrul acesta i se pare justificat, pe prefect sau pe procurorul Republicii, cu privire la situația persoanelor spitalizate. Membrii comisiei trebuie să viziteze în mod regulat stabilimentele respective, primind toate reclamațiile bolnavilor sau ale consilierilor acestora. În sfârșit, comisia verifică toate informațiile transcrise în registrele legale și întocmește ea însăși un raport anual de activitate, transmis autorităților administrative și judiciare (6°, art. 332-4). Este un progres considerabil în comparație cu vechea lege din 1838. Este de dorit ca aceste comisii departamentale să beneficieze de autoritate și de mijloace suficiente pentru a putea să funcționeze cu adevărat, cum prevede legea.

În 1993, însă, rare sunt comisiile instituite în departamente. De fapt, această nouă lege, deși îl protejează mai bine pe cetățeanul normal în fața pericolului de a fi internat în mod arbitrar, nu a ameliorat cu nimic situația și luarea în sarcină a bolnavilor mintali.

Meritul său esențial va fi, poate, în fața marilor dificultăți de punere în practică și a unora dintre contradicțiile sale interne, acela de a ieși rapid din uz, ceea ce, de altfel, legislatorul a prevăzut, propunând revizuirea ei în cinci ani (ultimul articol, L 355-4).

LEGEA 180. Lege introdusă în textul reformei sanitare generale din Italia (1978), în vederea planificării și organizării de alternative la spitalul psihiatric și la internare.

Internările erau până în 1978 reglementate în Italia de legea din 1904 (foarte apropiată de legea franceză din 30 iunie 1838); critica acestor dispoziții și a instituției azilare, făcută de F. Basaglia și de discipolii săi în cadrul mișcării antipsihiatrice din anii 1960, a dus la această reformă fundamentală. Aceasta viza atât depășirea definitivă și totală a spitalului psihiatric, deplasarea extraspitalicească a ansamblului structurilor de îngrijire în materie de sănătate mentală, cât și un veritabil respect al libertății individuale a bolnavului și lichidarea excluderii și izolării instituțiilor și legilor psihiatrice în domeniul sanitar.

De fapt, această lege nu a prescris, cum se spune adesea, închiderea definitivă a spitalelor psihiatrice, ci a oprit noi spitalizări în aceste stabilimente specializate, în care și în prezent se află internați 30 000 de bolnavi. În contrapartidă, spitalele generale s-au dotat cu mici unități de psihiatrie, ale căror 15 paturi alocate la o populație de 100 000 de locuitori sunt rezervate pentru situațiile de urgență. În consecință, reforma se înscrie într-un demers al medicului către bolnav și nu în serviciul instituției (P. Venturini).

Fără a-l suprima cu totul, legea a modificat profund spiritul internării din oficiu. „Tratamentul împotriva voinței" pacientului nu mai este decât o situație de recurs luată prin decizia primarului sau a reprezentantului acestuia, la propunerea unui medic, contrasemnată de un psihiatru sau de un alt medic dintr-un serviciu public. Cererea de internare trebuie să justifice eșecul oricărei alternative la spitalizare. Procedura trebuie să fie, în al doilea rând, controlată de un magistrat abilitat. Continuarea spitalizării mai mult de o săptămână trebuie justificată. În paralel cu aceste măsuri legislative, au fost implantate centre sau dispensare de sănătate mentală în fiecare regiune, cu îndatorirea de a asigura luarea în sarcină globală a pacienților care au nevoie de îngrijiri psihiatrice. La acestea se adaugă structuri intermediare, spital de zi, cămin, apartamente terapeutice. În aplicarea actualei legi 180 în Italia se constată o anumită disparitate între regiuni, unele dintre ele nedispunând de suficiente structuri intermediare. În aceste cazuri, cele 15 paturi de spitalizare nu fac față nevoilor, care în acest caz sunt satisfăcute de instituții private uneori mai rele decât vechile aziluri. Căci aplicarea sistemului și funcționarea sa depind nu numai de această lege și de voința psihiatrilor, ci și de condițiile economice, politice și sociale, care variază mult de la o regiune la alta.

LETARGIE (engl. *lethargy*). **Stare de somn invincibil și profund.**

Este uneori o tulburare a vigilității sau a reglării stărilor de veghe–somn (encefalită letargică). Cel mai adesea este o stare provocată prin hipnoză sau cu ajutorul

unor produse anesteziante (narcoză). Se poate confunda clinic cu o comă*, de care se deosebește prin absența tulburărilor neurovegetative grave și posibilitatea unei treziri trecătoare, ca urmare a unei stimulări puternice.

LEUCOTOMIE (engl. *leucotomy*). **Secționare chirurgicală a fibrelor albe de asociație care reunesc lobii frontali (regiunea prefrontală) cu talamusul.**

Propusă de neurologul E. Moniz din Lisabona, în 1935, această intervenție a fost practicată pe scară largă de W. J. Freeman și J. W. Watts, începând din 1942 și până la sfârșitul anilor 1950, cu scopul de a vindeca schizofrenia și unele nevroze obsesionale deosebit de grave. Ea a avut ca efect esențial dementializarea majorității bolnavilor operați. → LOBOTOMIE; PSIHOCHIRURGIE.

LICANTROPIE (engl. *lycanthropy*). **Maladie în cursul căreia subiectul se crede lup și acționează în consecință.**

O utilizare abuzivă a acestui termen a făcut ca el să se substituie celui mai puțin cunoscut de *zooantropie*, care desemnează orice metamorfoză a ființei umane în animal. De exemplu, Nabucodonosor, regele Babilonului, care a fost descris ca fiind timp de șapte ani transformat în bou, pentru că a vrut să fie adorat ca un zeu, a fost uneori trecut la rubrica „licantrop".

ISTORIC. Ca maladie, această credință a fost clasificată din antichitate printre delirurile de origine melancolică, întocmai ca altele în care oamenii se credeau făcuți din unt și le era frică să nu se topească, ori făcuți din sticlă și temându-se să nu se spargă; în cazul licantropiei ei se cred lupi și se văd atâțați de aceleași pofte ca și aceste animale. Aceasta este opinia lui Areteu din Capadocia (secolul II d. Chr.), reluată de Sudianus, medic al împăratului Iulian (secolul IV d.Chr.), iar mai târziu de J. Wier, medic al ducelui de Clèves, cunoscut pentru rolul său în stingerea proceselor legate de vrăjitorie. Remediile prescrise sunt aceleași ca pentru melancolie, mergând de la luarea de sânge la înghițirea de carne proaspătă, băi însoțite de repaus absolut, spre a se atenua, zice-se, această nebunie fără febră în care bila sau fierea neagră otrăvește sângele, provocând groaza.

Cuvântul *licantrop* s-a impus în locul celui de *zooantrop* și nu a putut dura decât din cauza legăturii sale cu vârcolacul (*loup-garou*). Căci, tot din antichitate, metamorfoza om–animal este obiect de preocupări literare: Herodot, Hesiod, Virgiliu, Ovidiu (*Metamorfoze*) valorifică o serie de povestiri ca aceea despre Lycaon metamorfozat în lup de către Zeus înnebunit de furie că și-a devorat fără voie propriu-i fiu și care astfel îl condamnă pe autorul nelegiuirii. Aceste legende, în cursul exploziei fenomenului „vrăjitorie", au fost reluate și utilizate ca referințe. Începând din acel moment, vârcolacul ocupă avanscena. „Un vârcolac este un vrăjitor pe care Diavolul însuși îl transformă în lup și pe care îl obligă să rătăcească scoțând urlete înfricoșătoare", scrie Collin de Plancy (*Dictionnaire infernal*, 1826). Pentru a înțelege această evoluție, este necesar să avem în vedere faptul că, pe plan teoretic, în toate epocile și în toate dezbaterile, inclusiv religioase, deosebirea dintre vârcolac și acel bolnav atins de „melancolie sau de turbare lupină" (Marcellus de Sida) a fost recunoscută și uneori respectată. Astfel, licantropul Jacques Rollet, condamnat mai întâi la arderea pe rug, la Angers, a fost achitat ca iresponsabil și închis „la nebuni" prin decizia parlamentului din Paris (1598), în pofida analizelor lui P. de Lancre (*Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons* [...], 1612). Câteva mari procese trecute în repertoriu (acela al lui Pierre Burgot, la Besançon, în 1521, citat de J. Boguet și J. Wier; acela al lui Gilles Garnier, din 1573, la Dole, în Franche-Comté, citat de J. Bodin și de Calmeil; acela al „femeii din Apchon", la Riom, în Auvergne, în 1588, citat de J. Boguet; acela al celor șase licantropi, dintre care trei membri ai familiei Gandillon, în 1598, citat tot de J. Boguet, în Jura [un al patrulea a fost rupt în bucăți de mulțime]; acela al lui Jean Grenier, în 1603, descris de P. de Lancre) s-ar fi pierdut în masa celorlalte. Ele au însă o funcție demonstrativă și de propagandă. Problema este aceea a locului teoretic al unei metamorfoze posibile a corpului și a rolului acestei credințe în spiritul judecătorilor și demonologilor, determinându-i, ca pe H.Boguet, mare judecător la Saint-Claude, să acorde o predominanță cu totul specială vârcolacului. Vârcolacii vor fi numiți „cei mai mari dintre vrăjitori" și de aceea vor primi pedeapsa cea mai grea: arderea de vii, fără prealabilă sugrumare. Ca vrăjitori, ei sunt recunoscuți a poseda anumite caracteristici, cum ar fi un semn distinctiv (*sigilum Diaboli*) sau prezența mărturisită, după multă tortură, la sabat, dar rămân marginali, fiind în majoritatea lor de sex masculin și putând fi considerați, de asemenea, ca membri ai miliției Diavolului.

ABORDAREA FENOMENULUI. Istoricii din secolele ulterioare notează extrema sărăcie a majorității celor condamnați. Judecătorii se mulțumesc să o semnaleze în treacăt, căci nu aceasta este preocuparea lor centrală. Aceasta are în vedere cercetarea metafizicii fundamentale în care intră problemele transformării: femeie în bărbat, ființă umană în animal, ecou neliniștit a frazei Sfântului Augustin: „Nu este de crezut că prin meșteșugul și puterea demonilor corpul omului ar putea fi schimbat în animal. Deci nu este cu putință să-i fie luat ceea ce servește adevărul corpului omului" (*Civitas Dei*); intră, de asemenea, problemele înțelegerii procesului de procreație. Toate aceste probleme depind de o căutare a fixității legilor naturale, a puterilor lui Dumnezeu, respectiv ale Diavolului, ca și a dreptului de analiză care rezultă de aici. O culpabilitate masivă își are aici originea, nu fără consecințe asupra realității. În această vijelie, punctele de referință se răstoarnă, iar exigențele, altfel formulate, nebunești în expresiile lor, dar mărturie a unei remanieri indispensabile, care își va da roadele, se decodează. Mărturisirii cerute în mod absolut vrăjitoarei, pentru condamnarea ei, spusei acordându-i-se întreaga putere, i se caută aici, în contrapunct, un corp fix în reperele sale, adevărul negăsindu-se în opinia subiectului, ci în judecățile semenului. De unde o teorie foarte rafinată a noțiunii de „iluzie diabolică": un licantrop este un bolnav care se crede lup, dar care este singurul care se sesizează în felul acesta, în timp ce, dacă vârcolacul se percepe drept lup, el este, de asemenea, recunoscut ca atare de privirea celuilalt.

Subiectivul nu poate fi singur judecător, iar imposibilul rezidă în ceea ce s-ar numi azi „halucinație colectivă". După care vin explicațiile: transformare reală, admisă de unii (J. Bodin, G. Peucer) sau „iluzorie" (H. Boguet, P. de Lancre, M. del Rio), Diavolul „fascinând" viziunea aproapelui.

EVOLUȚIA CONCEPTULUI. Într-o cu totul altă manieră, aceste două curente continuă să subziste în zilele noastre.

În domeniul psihopatologiei și al clasificării psihiatrice. Licantropia rămâne acel delir de metamorfoză care este din antichitate, întotdeauna rarisim, cel puțin în forma sa „pură". Pentru unii se atașează la sindromul Cotard, avându-și locul în diferite idei de transformare, de negare parțială sau totală a corpului propriu, specifică acestui sindrom, și manifestând o melancolie profundă. Alte lucrări anglo-saxone mai recente ar defini această maladie mai degrabă în registrul schizofreniei paranoide, sub influența elaborărilor Melaniei Klein. Pe plan clinic, forme larvare, cu certitudini delirante privind părul sau dinții, se pot întâlni în isteriile foarte grave.

În domeniul psihanalitic. Teoria atașează originea acestei tulburări la stadiul sadic-oral (S. Ferenczi), cele două rădăcini principale fiind dorințele de devorare și de atacare a celuilalt. Diverse psihanalize pun accentul fie pe dedublarea periodică a personalității, pe alterarea psihică, fie pe perturbarea masivă a schemei corporale, anterioară stadiului falic și complexului castrării. Bestialitatea, căderea în animalitate, nerecunoașterea de sine vin să răspundă unei agresivități pustiitoare, de necontrolat și destructurante.

Ar fi o eroare să ne limităm la o expresie maladivă foarte îndepărtată de muritorii obișnuiți și să ignorăm descendențele vârcolacului. Această fantasmă canibalică are repercusiuni mult mai vaste decât ne-o arată psihopatologia. Mărturie stau, de exemplu, cărțile de basme destinate copiilor și numeroasele filme care au drept temă vampirismul sau diversele metamorfoze reprezentative pentru „monstrul bestial". Aceste elaborări parcurg atât universul nocturn cât și pe acela al artelor, în tușe multiple, de o bogăție incomparabilă: între reprezentarea rapidă și violentă dată de G. Bataille femeii care juiseazâ, cățea turbată de nerecunoscut, nuvela de concertantă a lui B. Vian *Vârcolacul* și textul clinic *Omul cu lupi* al lui S. Freud, registrele se împrăștie furios din clasica frază a lui Hobbes: „*Homo homini lupus*" [a lui Plaut, de fapt — notă L.G.].

Bibl.: Calmeil, L.F., *De la folie considérée du point de rue pathologique, philosophique et juridique* [...], 1845, 2 vol., reprint Laffitte, Paris, 1981.

LIPEMANIE (engl. *melancholia*). **Delir trist, asociat cu suferință morală și cu depresie.**

Sinonim al melancoliei, acest neologism a fost creat de E. Esquirol în 1815 (pornind de la radicalul grec *lupos* = trist), pentru a izola delirul melancolic al altor deliruri parțiale, pe care el le va numi „monomanii". Termenul va deveni desuet de la sfârșitul secolului al XIX-lea. → MONOMANII.

LITIU (engl. *lithium*). **Metal utilizat în psihiatrie pentru efectul său reglator în fluctuațiile excesive ale dispoziției.**

ISTORIC. Virtutea medicală a unor ape minerale care conțin săruri de litiu a fost recunoscută încă din secolul V. În secolul al XIX-lea, sărurile de litiu sunt utilizate în picături, iar la începutul secolului XX ca sare de substituție la cardiaci (cu numeroase intoxicații mortale).

Psihiatrul australian J. Cade este acela care, în 1949, introduce sărurile de litiu în psihiatrie, în tratamentul stărilor maniace, după ce a observat efectul lor sedativ la cobai.

Litiul a fost utilizat atunci pe scară largă, dar repede abandonat, din două motive: intoxicațiile mortale survenite și descoperirea, în 1952, a neurolepticelor. Psihiatrul danez Schou a început în 1954 un studiu longitudinal întins pe 15 ani, care a arătat rolul preventiv al litiului în psihoza maniaco-depresivă. El a demonstrat, de altfel, că accidentele survin în cazul în care litiemia depășește un anumit prag; or, dozaje regulate permit să se adapteze în așa fel dozele încât să nu fie depășit pragul toxic. Litiul poate în acest caz realiza veritabila sa revoluție terapeutică.

INDICAȚII. Tratamentul profilactic al recidivelor psihozei maniaco-depresive este indicația majoră a litiului; accesele pot fi suprimate; dacă persistă, sunt mai puțin frecvente, mai puțin lungi și mai puțin intense.

Litiul are și un efect curativ în unele stări maniacale și, poate, în accesele depresive. Din acest efect timoregulator esențial derivă utilizarea litiului cu succes în alte tulburări ciclice: îndeosebi schizofrenia de formă distimică (evoluție periodică de episoade care asociază semne distimice și schizofrenice) și alcoolismul periodic (dipsomaniac), considerat un echivalent al psihozei maniaco-depresive.

Existența unei acțiuni antiagresive specifice litiului, independentă de reglarea timică, pare în prezent stabilită.

Un tratament cu litiu este un proiect pe termen lung, care necesită trei tipuri de condiții: 1) o supraveghere medicală regulată, pentru a se evita accidentele de toxicitate; 2) o informare precisă a pacientului cu privire la scopul tratamentului, principiile sale (tratament îndelungat), limitele sale (posibilitatea recidivei neînsemnând ineficacitate), riscurile (în caz de graviditate, de exemplu) și inconvenientele: efectele secundare cele mai supărătoare sunt tremurăturile, îngrășarea, scăderea libidoului și „sindromul psihologic al litiului", în care hiporeactivitatea emoțională se asociază cu reducerea performanțelor și a creativității; 3) a treia condiție este, bineînțeles, posibilitatea unei bune cooperări a bolnavului.

Modul de acțiune al litiului este încă foarte slab cunoscut. Principalele cercetări se referă la modificări în neurotransmisie (reglarea *turn-over*-ului monoaminelor, în special serotonina) și la schimburile membranare (legăturile litiului cu transporturile de sodiu și de calciu).

LOB CEREBRAL (engl. *lobe*). **Fiecare dintre părțile rotunjite și proeminente ale creierului.**

Creierul uman cuprinde mai mulți lobi la nivelul fiecărei emisfere cerebrale. Lobii sunt în număr de șase: frontal, parietal, temporal, occipital, lobul insulei și lobul limbic. Acesta din urmă este uneori inclus în lobul temporal.

LOB FRONTAL. Lobul frontal cuprinde partea anterioară a emisferelor, delimitată posterior de scizura centrală sau scizura Rolando, iar lateral de scizura Sylvius sau scizura laterală. Circumvoluția frontală ascendentă este situată în partea caudală, înaintea scizurii prerolandice. În partea rostrală a lobului frontal, sau lobul prefrontal, se găsesc circumvoluțiile superioare, mijlocii și inferioare. Lobul frontal este deosebit de dezvoltat la specia umană, reprezentând 1/3 din volumul encefalului.

Lobii frontali se divid în trei zone distincte. Aria 4 cuprinde circumvoluția

frontală ascendentă, circumvoluția rolandică și aria motorie. A doua entitate este aria premotorie. În sfârșit, cortexul prefrontal este el însuși divizat într-o față dorsolaterală sau aria convexității, o porțiune bazală și fața orbitală a lobului frontal. Studiile lui A.R.Luria au stabilit diferite funcții pentru aceste trei structuri. Aria 4 este aria motorie primară. Ariile premotorii sunt arii secundare implicate în organizarea și în controlul mișcărilor fine. Cortexul prefrontal sau zona terțiară este o arie care integrează comportamente motorii complexe cu informații care provin din alte arii motorii. Aceste zone sunt conectate cu alte structuri corticale și cu talamusul. Lobul frontal este esențialmente vascularizat de artera cerebrală anterioară.

LOB PARIETAL. Lobul parietal este delimitat, înainte, de scizura Rolando, îndărăt de șanțul parieto-occipital și de o linie imaginară care continuă acest șanț pe fața externă a creierului. Limita inferioară este constituită de scizura Sylvius sau laterală și de o linie imaginară care prelungește această scizură până la lobul occipital. Lobul parietal cuprinde trei circumvoluții: circumvoluția parietală ascendentă, care este delimitată de scizura postrolandică, și circumvoluțiile parietale superioară și inferioară.

Lobul parietal este esențialmente implicat în procesele somestezice. Circumvoluția parietală inferioară (și, mai precis, girusul angular) intervine în limbaj. Circumvoluția parietală ascendentă este spațiul de proiecție a informațiilor somestezice care provin de la căile spinotalamice. Este aria senzitivă primară. Ariile parietale posterioare primesc proiecții de la aria somatosenzitivă primară, de la cortexul asociativ frontal și temporal, ca și de la unele structuri subcorticale. Sunt arii de integrare senzorială terțiară (procese senzoriale complexe provenind de la ariile somatice, vizuale și auditive), pe când zonele anterioare sunt arii primare și secundare care controlează procesele senzoriale mai elementare. Vascularizarea suprafeței externe a lobului parietal este asigurată de artera cerebrală mijlocie. Suprafața internă este vascularizată de artera cerebrală anterioară.

Lezarea acestui lob produce *sindromul parietal*, caracterizat prin tulburări mai mult sau mai puțin importante ale somesteziei, asociate cu tulburări ale schemei corporale, care pot merge până la sindromul Anton-Babinski (hemiasomatogrozie) atunci când se asociază cu o hemiplegie de partea nedominantă, cu agnozii, apraxii și afazia senzorială Wernicke atunci când leziunile privesc lobul dominant (→ AFAZIE; AGNOZIE; APRAXIE; CREIER).

LOB TEMPORAL. Lobul temporal include structurile cerebrale subiacente scizurii Sylvius. El este delimitat, la nivel inferior, de inscizura preoccipitală, iar la nivel median de girusul hipocampului. Cuprinde neocortexul temporal și limbul temporal. Neocortexul temporal este divizat în două părți: girusul fusiform și girusul transvers Heschl. Porțiunea limbică a lobului temporal este esențialmente constituită de a cincea circumvoluție temporală sau *lobul limbic*, precum și de următoarele formațiuni corticale: hipocampul, lobul piriform, bulbul olfactiv, uncusul, nucleii septali și amigdala.

Neocortexul temporal este aria primară a proiecțiilor auditive. Conexiunile sale cu lobii vecini sunt multiple. Structurile neocorticale ale celor doi lobi temporali sunt interconectate prin corpul calos, pe când cei doi limbi temporali sunt legați prin comisura albă anterioară. Unele dintre aceste structuri, ca bulbul olfactiv, primesc aferențe de la sistemul senzorial al mirosului. Complexul amigdalian și structurile hipocampice sunt arii de integrare. Complexul amigdalian cuprinde aferențe senzoriale și somestezice multiple. El asigură reprezentarea și integrarea funcțiilor auditive. Hipocampul este implicat în controlul vieții emotive și posedă numeroase conexiuni cu sistemul limbic. În afară de aceasta, are o contribuție importantă în procesele de memorizare. Fața inferolaterală a lobului temporal primește proiecții vizuale și asigură o integrare senzorială polimodală în relație cu ariile parietale și occipitale. Lobul temporal este vascularizat de artera cerebrală posterioară.

LOBUL INSULEI. Este un lob profund, pus în evidență dacă este îndepărtată scizura Sylvius. Are o formă triunghiulară și cuprinde cinci circumvoluții.

LOB OCCIPITAL. Lobul occipital este situat în partea posterioară a creierului și acoperă o zonă triunghiulară. Cuprinde trei circumvoluții occcipitale inferolaterale și trei circumvoluții mediane (de sus în jos): cuneus, lobulul lingual și lobulul fusiform. Cuneusul este limitat înainte de scizura parieto-occipitală. Lobulul lingual este separat de cuneus prin scizura calcarină și de lobulul fusiform de scizura colaterală. Lobulul fusiform este limitat în afară de al treilea șanț temporal și de inscizura preoccipitală.

De o parte și de alta a scizurii calcarine sunt situate ariile de proiecție vizuale primare, buza superioară primind proiecțiile de la hemiretina superioară, iar buza inferioară primind proiecțiile de la hemiretina inferioară. Căi de asociație leagă lobul occipital asociativ cu lobul limbic, lobul temporal și lobul frontal. Lobul occipital este vascularizat de artera cerebrală posterioară.

Bibl.: Hubel, D., Stevens, Ch. et alii, *Le cerveau*, „Pour la science", Paris, 1982, Éd. fr. de *Scientific American*, Belin.

LOBOTOMIE (engl. *lobotomy*). **Tehnică de psihochirurgie care constă în secționarea fibrelor unui lob al creierului.**

Termenul este folosit mai ales în sensul de „lobotomie prefrontală". Secționarea, totală (*lobotomie*) sau parțială (*leucotomie*) vizează fasciculele albe care unesc cortexul prefrontal (partea anterioară a lobului frontal) cu restul creierului, în special cu talamusul.

Intervenția este, în general, bilaterală. Ea este realizată „orbește", cu ajutorul unui trocar bont, leucotomul, introdus prin orificiul de trepanare. Leziunile corticale sunt mai puțin importante decât lobectomia frontală, care constă în excizarea țesuturilor. Au fost utilizate și alte metode de lobotomie (termice, chimice, radioactive). Pe calea de abordare transorbitară, leucotomul este introdus prin fundul de sac conjunctival superior, fiind apoi deplasat într-un plan frontal, în timpul unei scurte anestezii.

Istoricește, lobotomia datorează mult neurologului portughez E. Moniz, care pentru cercetările sale a primit Premiul Nobel în 1949. Intervenții mai selective, în special la nivelul amigdalei în cazurile de agresivitate la adult și de hiperkinezie la copil, au fost ulterior preferate lobotomiilor. Actualmente, în fața eficacității psihotropelor și din considerente etice, psihochirurgia a devenit o metodă de excepție chiar și în Statele Unite, unde ea

păstrează cei mai mulți partizani. Hinsie și Campbell, în cea de a patra ediție a *Psychiatric Dictionary* (1969), subliniază că efectele postoperatorii indezirabile (în special tocirea afectelor și comportament dezinhibat) sunt mai aparente la pacienții nonpsihotici. Lobotomia prefrontală bilaterală este deci propusă mai ales schizofrenicilor care rezistă la alte terapeutici.

Cu toate acestea, după acești autori, cele mai bune indicații par a fi pentru tulburările timice, nevrozele obsesionale și stările anxioase cronice. Rezultatele li se par bune în 40% dintre cazuri și destul de bune în 35%; 5–10% dintre pacienți prezintă o epilepsie sechelară.

Azi lobotomia prefrontală este uneori propusă în formele extrem de grave de tulburări obsesional-compulsive: ea este în acest caz parțială și asociată cu leziuni cingulare. A putut fi, de asemenea, utilizată în unele forme de schizofrenie schizo-afectivă sau pseudonevrotică, dar cunoaște actualmente o totală dezafectare. Psihochirurgia, în afară de lobotomie, rămâne indicată în unele epilepsii rebele responsabile de tulburări de comportament.

LOCALIZARE CEREBRALĂ (engl. *cerebral localisation, brain localisation*). **Ipoteză conform căreia fiecare funcție mentală este localizată într-o regiune specifică a sistemului nervos central.**

Elaborată de F. J. Gall, noțiunea de „localizare cerebrală" a luat avânt o dată cu P. Broca, atunci când el a constatat că o leziune a celei de a treia circumvoluții frontale determina o afazie. Tezele localizaționiste au fost combătute de cei care apărau aspectul unitar al funcționării sistemului nervos (K. Goldstein, K. Lashley). Actualmente, datele anatomofiziologice par să facă dreptate cearta, confirmând existența de localizări funcționale corticale; aceste date pun în evidență fenomene de plasticitate și de recuperare care fac imposibilă menținerea unui model localizator rigid.

LOGOREE (engl. *hyperphrasia*). **Flux verbal inepuizabil și dezordonat.**

Logoreea se observă mai ales în stările maniace și uneori în anumite afazii senzoriale.

L.S.D. (engl. *L.S.D.* sau *lysergic acid*). **Substanță semisintetică, dietilamina acidului lisergic (alcaloid al cornului-de-secară), psihotrop halucinogen foarte activ.**

După ce, în colaborare cu Stoll, a sintetizat L.S.D. în 1938, Hofmann i-a descoperit în mod accidental proprietățile psihotrope în 1949.

L.S.D. este activ în doze de 50–200 micrograme. Poate fi prezentat pe zahăr, sugativă sau sub formă de comprimate. Se utilizează, în general, prin ingestie. Provoacă un „trip", o experiență halucinogenă tipică. După ce a fost folosit ca producător de „psihoze experimentale", a fost propus de unii autori în tratamentul psihozelor, al alcoolismului. Dar L.S.D. este mai ales simbolul sau emblema unei mișcări „contraculturale" care predică folosirea de substanțe *psihedelice*.

M

MACROPSIE (engl. *macropsia*). **Iluzie a văzului care dă obiectelor percepute o dimensiune cu mult mai mare decât cea pe care o au realmente.**

Poate fi vorba de un fenomen provocat de un spasm de acomodare vizuală sau de o leziune retiniană. → METAMORFOPSIE.

MAGNAN (Valentin). **Psihiatru francez (Perpignan, 1835 — Paris, 1916).**

V. Magnan a fost apărătorul teoriei degenerescenței. Fost intern al spitalelor din Lyon și Paris (unde a fost elevul lui J. Baillarger și J. P. Falret), este numit încă de la inaugurarea Spitalului Sainte-Anne, în 1867, medic responsabil cu internările. A rămas aici până la sfârșitul carierei sale. După studii asupra paraliziei generale, alcoolismului și delirurilor alcoolice, el apără, după o viziune diferită de aceea a lui B. Morel, conceptul de degenerescență* în psihiatrie în *Considerații generale asupra nebuniei ereditarilor sau degeneraților* (1887). În 1891 publică ale sale *Lecții clinice asupra bolilor mintale* și reia în același an studiul *Delirul cronic cu evoluție sistematică*, pe care îl opune, punct cu punct, delirurilor polimorfe ale „degeneraților". Era partizanul unei atitudini terapeutice foarte medicalizate față de bolnavii mintali, preconizând în special „clinoterapia" (→ CLINOFILIE) sau șederea la pat aproape întreaga zi, ceea ce nu obținea decât anevoie de la maniaci, excitați sau agitați.

MAJOR INCAPABIL (engl. *adult unsound of mind*). **Persoană majoră care și-a pierdut capacitatea juridică.**

Dreptul civil distinge două grade în ceea ce privește capacitatea juridică: 1) capacitatea de posesiune, care este, pentru orice persoană fizică, aptitudinea de a avea drepturi și obligații; 2) capacitatea de exercitare, care este puterea de a-și pune singur în practică drepturile și obligațiile.

Legea din 3 ianuarie 1968, referitoare la reforma dreptului majorilor incapabili, a instaurat trei mari regimuri de protecție: ocrotirea juridică*, curatela* și tutela*. Ocrotirea juridică este o măsură provizorie de urgență, fără pierderea capacității juridice. Curatela este un regim de incapacitate parțială, pe când tutela antrenează după sine o incapacitate totală; aceste măsuri sunt pronunțate printr-o judecată în instanță privind persoanele care, date fiind

facultățile lor psihice personale, au nevoie de a fi protejate în actele vieții civile.

MALADIE MENTALĂ (engl. *mental illnes*). → NEBUNIE; PSIHIATRIE.

MALTRATĂRI SEXUALE (engl. *sexual abuse*). **Tratamente blamabile care duc la vătămări ale zonei genitale.**

Victimele acestor maltratări nu sunt în stare să se apere, fie din cauza inferiorității fizice, ca în cazul violului, fie din motive psihologice, ca, de exemplu, în actele incestuoase comise de un părinte asupra unui copil sau adolescent, sau în cazul maltratărilor suferite de femeile bătute. Violențele fizice, care relevă sadism și atentate la pudoare, pe care unii pedofili le aplică unor copii, se asociază uneori cu vătămări sexuale care justifică sancțiunile penale.

MANDATAR (engl. *trustee* [GB], authorized agent [US]). *Persoană însărcinată să reprezinte altă persoană în realizarea unuia sau mai multor acte juridice.*

Legea din 3 ianuarie 1968 a instaurat trei regimuri de protecție în actele vieții civile: tutela, curatela și ocrotirea juridică. Aceasta din urmă este o măsură provizorie și de urgență care lasă majorului exercitarea tuturor drepturilor sale. Cu toate acestea, dacă cel interesat a constituit un mandatar în scopul administrării bunurilor sale, fie înainte, fie după punerea sub ocrotirea juridică, acest mandat voluntar este executat. Dacă este cazul, judecătorul de tutele va putea desemna un mandatar special în scopul executării unor acte de natură determinată. În absența mandatului, vor fi respectate regulile gestiunii de afaceri.

MANIE (engl. *mania*). **Stare de excitare intelectuală și psihomotorie, de exaltare a dispoziției, cu euforie morbidă, cu evoluție de obicei periodică și ciclică, intrând în cadrul psihozei maniaco-depresive.**

Dacă mania era examinată altădată în câmpul semantic mai larg al nebuniei integrale sau al delirului general (P. Pinel), ea a căpătat apoi sensul mai precis de exces de excitație asociat cu hipertimie euforică, în cadrul nebuniei circulare individualizate de J. P. Falret în 1852, devenită *psihoza maniaco-depresivă** în clasificarea psihiatrului german E. Kraepelin, la sfârșitul secolului XX. Ea își păstrează actualmente locul nosografic în această psihoză periodică, în care reprezintă faza hipertimică.

Debutul maniei cunoaște o progresie rapidă, cu insomnie și hiperactivitate; pacientul are multiple proiecte de călătorii, de cumpărături și devine turbulent, dezordonat; relațiile sale cu semenul uimesc prin familiaritatea lor, prin folosirea de expresii vulgare, prin aluzii sexuale sâcâitoare. Euforia, bucuria expansivă se exprimă prin cântece, râsete, dans, gesturi obscene, iar lipsa de înfrânare provoacă un comportament general care nu mai respectă codul bunei-cuviințe. Excitația intelectuală determină o fugă de idei, o logoree inepuizabilă, glume, jocuri de cuvinte obositoare pentru anturaj. În perioada de stare toate impulsiile sunt exaltate, iar S. Freud a comparat mania cu saturnaliile din Roma antică, în timpul cărora sclavii erau scutiți de toate interdicțiile și obligațiile.

Toate gradațiile pot fi întâlnite de la o hipomanie relativ ușoară la un acces de puternică excitație maniacă cu tulburări medico-legale de comportament (de exemplu, o vizită intempestivă a unui om de stat

important), care determină intervenția poliției și o spitalizare din oficiu. Evoluția spontană se face spre remisiune, scurtând din fericire terapeutica neuroleptică și sedativă. Trebuie însă de știut că unele accese maniacale preced o stare de depresie, care îi succedă fără tranziție. Este „nebunia circulară" veritabilă, descrisă de Falret. În alte cazuri, când cele două accese (depresiv și maniac) sunt cuplate în aceeași fază, cu un interval între ele, vorbim de „nebunie în formă dublă". Iar în cazul în care cele două accese alternează, despărțite de un interval mai lung, mereu în aceeași succesiune, vorbim de „nebunie alternă", termenul de psihoză periodică fiind rezervat finalmente altor forme, care se manifestă irevocabil prin accese depresive sau maniace (forme unipolare) sau prin accese de ambele tipuri, dar fără o succesiune regulată (forme bipolare). [→ PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ].

Utilizarea în mod preventiv a unui tratament cu litiu, așa cum a fost pus la punct de psihiatrul danez M. Schou, evită în prezent un mare număr de recidive.

MARCATORI BIOLOGICI ÎN PSIHIATRIE (engl. *biological markers in psychiatry*). **Anomalie biologică observată în unele tulburări sau în unele maladii, ca în anxietate, depresie, fără a constitui un indice biologic specific.**

Unele tulburări psihiatrice pot fi caracterizate de anomalii biologice. Vorbim, astfel, de marcatorii biologici ai anxietății sau ai depresiei. Cu toate acestea, nici o anomalie nu poate fi considerată actualmente ca fiind un *marcator de trăsătură*. Un marcator de trăsătură ar fi un indice biologic specific (întâlnit exclusiv în afecțiunea avută în vedere) și permanent (descoperit în toate fazele evolutive ale afecțiunii, inclusiv în intervalele libere). Unele anomalii au putut fi reținute ca *marcatori de stare*: de exemplu, un test de moderare cu ajutorul dexametazonei (Dexamethasone Suppression Test sau DST), pozitiv în cursul unui episod depresiv și care revine la normal în cazul vindecării depresiei. Marcatorii se rezumă cel mai adesea la *indicii de probabilitate*: o anomalie este cel mai adesea observată într-un anumit tip de afecțiune. Testele nu sunt întotdeauna sensibile (DST rămâne negativ în numeroase cazuri de depresie). Există variabile necontrolate care explică, de altfel, lipsa de specificitate a presupusului marcator. Astfel, DST este pozitiv în alte sindroame decât stările depresive (manie, demență, tulburări schizoafective etc.), iar administrarea mai multor medicamente poate da rezultate fals pozitive.

TULBURĂRI DE DISPOZIȚIE. În tulburările de dispoziție s-au făcut cercetări asupra marcatorilor:

1) neuroendocrini; în afară de DST, care pune în evidență o lipsă de reactivitate a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale, numeroși parametri neuroendocrini apar purturbați (axa hipotalamo-tiroidiană, reglarea producției hormonului creșterii, secreția de melatonină...);

2) biochimici; în special proporția de cataboliți ai monoaminelor măsurați în diverse țesuturi și lichide (lichid cefalorahidian) ale organismului, activitatea unor enzime care participă la metabolismul neurotransmițătorilor, caracteristice receptorilor membranari ai acestor neurotransmițători;

3) neurofiziologici; studiul electroencefalografic al somnului, de exemplu;

4) genetici; aceștia sunt, poate, indicii cei mai promițători, dată fiind dezvoltarea

actuală a biologiei moleculare; s-a putut pune în evidență o legătură între prezența anumitor gene la nivel cromozomic și dezvoltarea psihozelor maniaco-depresive.

ALTE CATEGORII DIAGNOSTICE. Au fost studiați marcatori similari potențiali și în alte categorii diagnostice, trebuind să suscite aceleași rezerve metodologice. Schizofrenia a beneficiat de dezvoltarea tehnicilor de imagerie cerebrală. Camera cu pozitroni, vizualizând anomaliile de fixație ale liganților radioactivi sau ale metabolismului la nivel cerebral, în timp real la bolnav, permite să se răspundă unei critici formulate adesea: anomaliile biologice, în afara unor studii *post mortem*, au fost studiate la periferie și nu la nivelul sistemului nervos central.

În sfârșit, indicii biologici nu marchează întotdeauna categoriile diagnostice tradiționale, ci entități transnosografice, cum sunt agresivitatea sau inhibiția.

MARIJUANA (engl. *marijuana*). **Substanță produsă, în special la nivelul inflorescențelor femele, de o varietate de cânepă originară din India și utilizată ca drog.**

M.A.S. → CASĂ DE AJUTORARE SPECIALIZATĂ.

MASOCHISM (engl. *masochism*). **Perversiune sexuală în care subiectul trăiește o plăcere legată de durerea care i se pricinuiește de către un alt subiect.**

S. Freud extinde noțiunea de masochism la unele aspecte ale vieții sexuale infantile și ale feminității. El analizează masochismul mai întâi ca întoarcere a sadismului asupra propriei persoane (*Triebe und Triebschicksale*, 1915). Această concepție va corespunde ulterior aceleia a masochismului secundar, pe care Freud este obligat să-l deosebească de masochismul primar, ca urmare a introducerii în teoria sa a noțiunii de impulsie a morții (1920). Într-adevăr, masochismul primar este rezultatul întrețeserii impulsiilor erotice și al unei părți a impulsiilor agresive și distructive îndreptate asupra Eului.

Tocmai pe masochismul primar s-au sprijinit celelalte forme de masochism — erogen, feminin și moral — care apar în scrierile lui Freud de după anul 1923. Masochismul erogen suportă dezvoltarea libidoului și ia o formă specifică diferitelor stadii: oral, anal și genital. În consecință, la acestea se atașează dorința de a fi devorat, bătut, iar fantasmele legate de atitudinea pasiv-feminină trimit la tăgada castrării. Această tăgadă este o condiție necesară a masochismului feminin și a masochismului moral. Masochismul feminin ar fi propriu ființei femeii și privește poziția feminină în fantasmă, pe care o regăsim la bărbatul masochist pervers. În sfârșit, masochismul moral corespunde relației pe care o întreține Supraeul cu Eul în toate cazurile în care un sentiment de culpabilitate a devenit inconștient. Acest sentiment, adesea legat de masturbarea infantilă, suscită o trebuință de pedeapsă.

Bibl.: Nacht, S., *Le masochisme*, Payot, Paris, 1965.

MASTURBARE (engl. *masturbation*). **Obținere de plăcere sexuală prin manevre manuale sau mecanice de excitare a organelor genitale, la ambele sexe.**

Plăcerea solitară era odinioară condamnată atât de duhovnici, care vedeau în ea un păcat de moarte, cât și de educatori și medici, care o considerau un mare pericol pentru sănătatea mentală și fizică (*Petit traité sur l'onanisme*, al doctorului Tissot, din Geneva), mijloacele cele mai energice fiind folosite spre a o împiedica. Actualmente se admite că masturbarea constituie până la adolescență forma cea mai frecventă de excitație sexuală. Ea nu devine patologică decât dacă este exclusivă sau capătă un caracter public (exhibiționism).

MATERNAJ (engl. *mothering*). **Ansamblu de tehnici de îngrijire care vizează întreținerea cu pacientul a unei relații mamă–sugar.**

Această atitudine psihoterapeutică facilitează regresiunea la un stadiu infantil precoce a unor bolnavi psihotici pe parcursul unor tratamente neuroleptice intensive, al unor cure hipnice și, altădată, al unor cure insulinice. Cu condiția de a nu fi în mod abuziv prelungită, ea permite surmontarea de către pacient a unor perioade deosebit de critice ale bolii: faze procesuale ale unei schizofrenii, crize de angoasă și de depersonalizare în cursul unor psihoze cronice.

MATURAȚIE CEREBRALĂ (engl. *brain maturation*). **Proces ireversibil care duce până la capăt dezvoltarea proprietăților morfologice și funcționale ale sistemului nervos central și anexelor sale.**

Maturația pune în joc o interacțiune între *factori genetici*, proveniți din patrimoniul ereditar al individului, și *factori epigenetici*, care emană din mediul său. Maturația cerebrală cuprinde procese distincte în timp și în ceea ce privește mecanismele lor, după populațiile celulare sau proprietățile avute în vedere: creșterea dimensională a neuronilor, proliferarea și creșterea celulelor gliale, mielinizarea axonilor anumitor neuroni, achiziția de sensibilități specifice anumitor caracteristici ale stimulilor.

MEDIATOR SINAPTIC (engl. *synaptic neurotransmitter*). → NEUROMEDIATOR.

MEDITAȚIE TRANSCENDENTALĂ (engl. *transcendental mediation*). **Metodă de relaxare mentală care își datorează originile unei tradiții vedice care vizează captarea subiectivului și obiectivului și dezvoltarea pe această cale a cunoașterii.**

Propagată în Statele Unite, începând din 1960, de către un cercetător hindus, Maharishi Mahesh Yogi, meditația transcendentală constă esențialmente în centrarea atenției asupra interiorului, fără a reține ideile parazite datorate lumii exterioare și factorilor de stres. Acest travaliu este facilitat de o mantră, scurtă silabă sau grup de silabe, fără semnificație deosebită, care trebuie repetată mental, întreaga atenție fiind concentrată asupra ei. Scopul este ajungerea la o stare de conștiință care transcende cunoașterea conștientă și îi procură meditatorului o stare de repaus mental în care, spre deosebire de somn și vis, își păstrează vigilitatea.

Predarea meditației transcendentale se face în șase ședințe, elevul revăzându-și, la trei luni după ultima ședință, monitorul, spre a-i expune dificultățile întâlnite în practica individuală. Importanța acestei metode în lupta contra maladiilor datorate factorilor de stres și pentru prevenirea lor este adesea subliniată de adepții săi, care raportează efecte benefice nu numai pe plan psihologic (liniște, repaus mental), ci și în ceea ce privește unii parametri fiziologici (ritm cardiac, tensiune arterială, respirație).

MEGALOMANIE (engl. *megalomania*). **Supraestimare de către un subiect a capacităților sale intelectuale, fizice, sexuale sau sociale.**

Această dispoziție, care corespunde la ceea ce psihanaliștii numesc hipertrofia Eului, poate merge de la o simplă supraestimare de sine până la delirul de grandoare*.

MELANCOLIE (engl. *melancholia*). **Stare depresivă deosebit de severă, caracterizată de o durere morală intensă, cu sentimente de culpabilitate și de autodepreciere, o mare tristețe, o încetinire psihomotorie care merge uneori până la stupoare și o anxietate majoră, adesea asociată cu insomnie și cu tulburări digestive.**

Considerată de Hipocrate și de succesorii săi (până la Renaștere) o boală provocată de un exces de bilă neagră în organism (de unde numele său), originea sa cerebropsihică nu va fi câtuși de puțin recunoscută înainte de secolul al XVII-lea și mai ades de secolul al XVIII-lea (o dată cu Ch. Lorry). E. Kraepelin va face din ea o psihoză endogenă la sfârșitul secolului al XIX-lea și până la mijlocul secolului XX va rămâne prototipul depresiei funcționale, opunându-se depresiilor nevrotice și reacționale, a căror etiologie este de ordin psihogenetic. De un deceniu, îndeosebi o dată cu apariția DSM-III, distincția între depresia endogenă (melancolia) și depresia nevrotică sau reacțională nu mai este atât de marcată. Vorbim mai degrabă de depresii mai mult sau mai puțin grave, calificativul „melancolic" aplicându-se celor dintâi. Se disting, din antichitate, două mari forme:

1) aceea în care predomină încetinirea activității psihice și fizice, ducând la inerție și mutism total, la o veritabilă stare de stupiditate; este melancolia stuporoasă sau asinină (care, pentru cei din antichitate, se datora unui exces de bilă neagră rece);

2) aceea în care anxietatea și agitația se situează pe primul plan, asociindu-se foarte repede cu idei de autoacuzație, disperare și suicid, mergând uneori până la melancolia delirantă atunci când autoacuzația devine persecuție, prin amorsarea unei proiecții spre exterior sau când pierderea respectului de sine conduce la un delir de indemnitate sau de negare a corpului (sindrom Cotard); este melancolia anxioasă sau „afectivă" (melancolia „vagabondă" sau „Kutubuth" a vechilor medici arabi, care, pe urmele lui Hipocrate și Galen, vedeau în ea consecința unui exces de bilă neagră caldă).

Melancolia evoluează spontan, în mod periodic, prin accese care se încadrează în psihoza maniaco-depresivă sau în depresie și căreia descoperirea medicamentelor antidepresive i-a transformat destinul. Utilizarea acestora a permis, într-adevăr, vindecarea rapidă a acceselor în peste 80% din cazuri, în timp ce utilizarea unei litioterapii (→ LITIU) continue evită în prezent majoritatea recidivelor.

Bibl.: Tellenbach, H., *La mélancolie*, 1961, trad.fr. P.U.F., Paris, 1979.

MEMBRU-FANTOMĂ (engl. *phantom limb*). **Persistența sau reapariția sentimentului că încă ai un membru care totuși a fost amputat sau ale cărui aferențe senzitive au fost întrerupte.**

Această iluzie foarte frecventă (mai mult de 80% dintre amputați au resimțit-o pe durata a cel puțin câteva luni) s-ar datora fixității schemei corporale constituită în copilărie și care nu se poate modifica decât după o lungă experiență a dispariției membrului amputat.

MENTISM (engl. *mentism*). **Activitate mentală prost controlată de voință, apropiată de reveria diurnă, în timpul căreia ideile și imaginile defilează cu rapiditate, fără oprire și într-un mod aproape incoercibil.**

Mentismul este adesea provocat de anxietate și de dificultatea de a adormi. Toxice psihostimulente, cum sunt cafeina sau nicotina, pot declanșa și menține mentismul, lungind perioada de adormire. Chiar dacă P. Chaslin l-a descris în cadrul semiologiei psihiatrice, mentismul nu are un caracter realmente patologic atunci când rămâne izolat. Este vorba de o tulburare destul de banală, pe care se cuvine să o prevenim mai degrabă prin relaxare decât prin tratamente farmacologice.

MERICISM (engl. *merycism*). **Simptom digestiv caracterizat prin regurgitarea provocată a unor alimente, urmată de o rumegare totală sau parțială.**

Cel mai adesea survine la băiat după a 6-a lună de viață și, mai rar, la copilul mai mare sau la adult. Această conduită aberantă, a cărei semnificație este controversată, poate determina denutriția și deshidratarea la sugar.

Procesul fiziologic care intervine în mericism asociază contracția diafragmei, care provoacă o expirație forțată, cu blocarea mușchilor intercostali și ridicători ai cuștii toratice. Această activitate complexă se produce în mod repetitiv atunci când sugarul este sau se crede a fi singur. Ea este însoțită de o stare psihologică în care o izolare relațională se asociază cu o expresie extatică. Apetitul este normal sau crescut. Unii autori cred că una din cauzele posibile se situează la nivelul relației mamă–copil (L. Kreisler); copilul ar erotiza o funcționare anormală. Alții vorbesc de o activitate ludică aberantă. Spitalizarea este necesară în unele cazuri, spre a corecta denutriția și a evalua perturbațiile funcționării mentale și fizice a copilului. Numai o supraveghere îndelungată poate decela apariția unor tulburări de personalitate.

METAMORFOPSIE (engl. *metamorphopsia*). **Iluzie vizuală (numită uneori sindrom von Weizsäcker), în care obiectele sunt percepute ca fiind deformate sau transformate.**

Se înrudește cu *micropsia* (engl. *micropsia*), caz în care obiectele apar mai mici decât sunt în realitate. P.F. Schilder a considerat că iluziile puteau fi în legătură cu tulburări ale schemei corporale și ale unor aferențe labirintice și vestibulare.

METODĂ CATHARTICĂ (engl. *cathartic method*). **Orice metodă terapeutică care vizează să obțină o situație de criză emoțională, așa încât această manifestare critică să provoace o soluție a problemei puse în scenă de criză.**

Aristotel a făcut din *catharsis* pivotul concepției sale despre tragedie: funcția tragică ar consta în „purificarea" pasiunilor nefaste (teamă, milă), prin punerea în joc, cu prilejul unor reprezentații teatrale, a unor acte „virtuoase și desăvârșite". J. Breuer și S. Freud reiau acest termen pentru a desemna prima lor metodă psihanalitică: reviviscența unei situații traumatice ar elibera afectul „uitat", iar acesta i-ar restitui subiectului mobilitatea pasiunilor. Catharsisul, la Freud, este legat de practica hipnozei; cea mai bună dovadă în acest sens este faptul că atunci când elaborează noțiunile de transfer și de asociație liberă, abandonând hipnoza el abandonează și catharsisul. Freud va sublinia, la mult timp după aceea (în 1920), că a trecut la această

abandonare atunci când a observat paradoxul determinat de noțiunea de catharsis: dacă, într-adevăr, orice reviviscență a scenei determină o purificare, nu este de înțeles de ce repetarea sa nu s-ar însoți cu o ușurare cu atât mai mare. Pe de altă parte, nu se înțelege de ce faptul de a trăi o scenă traumatică ar trebui să-i aboleasca nocivitatea. Așadar, transferul nu este, probabil, o reviviscență a unei scene din trecut. Abandonarea noțiunii de catharsis marchează intrarea lui Freud în psihanaliză.

J. Lacan remarcă faptul că nici Aristotel nu explică de ce apariția unor pasiuni nocive ar fi de ajuns pentru evacuarea lor. Pentru dânsul catharsisul are un sens mai ascuns decât acela descris de Aristotel, dacă acceptăm recunoașterea faptului că subiectul pasiunii tragice (Antigona, Oedip) este promis unui destin care îl face să treacă într-o zonă de suferință, de obicei, inaccesibilă oricui, deoarece tragedia ca joc constă în a pune în scenă și a disimula acel moment de trecere. Efectul cathartic al tragediei capătă în acest caz un alt sens: el este apariția la spectator a unor sentimente aferente acelui moment de limită, în măsura în care spectatorul rămâne la marginea acelei zone, nepătrunzând în ea. Tragedia este deci un joc cu această zonă de dincolo de limită.

MEYER (Adolf). **Psihiatru american de origine elvețiană (Niederweningen, în apropiere de Zürich, 1866 — Baltimore, 1950).**

Este fondatorul școlii de psihiatrie dinamică din Statele Unite. Fiu al unui pastor al bisericii zwingliene, își face studiile de medicină la Zürich și pe cele de psihiatrie la spitalul Burghölzli, unde este elevul lui A. Forel. După un popas la Londra, unde a urmat cursurile lui H. Jackson și ale lui Th. Huxley, și la Paris, unde a audiat, în 1892, cursurile lui J.M. Charcot, pleacă în Statele Unite, unde în 1913 devine profesor de psihiatrie la Universitatea John Hopkins și director al noii Phipps Clinique din Baltimore. Pe aici trec mulți dintre viitorii mari psihiatri ai Statelor Unite, care, începând din anii 1940, vor apăra o psihiatrie în același timp dinamică și psihobiologică, moștenitoare directă a doctrinei lui Meyer. Aceasta se baza atât pe o concepție „organismică" (P. Guiraud) a psihiatriei, neseparând psihismul de biologism, cât și pe noțiunea de „reacție"; maladiile mentale nefiind pentru Meyer decât modalități anormale de reacție față de mediu. Iată de ce, după părerea sa, bolnavii nu pot fi ajutați decât modificând în același timp mediul și capacitatea lor de a reacționa pentru o mai bună adaptare. De unde marea sa preocupare pentru igiena mentală și profilaxia primară și secundară a maladiilor mentale. În pofida interesului său precoce pentru psihanaliză (a fost unul dintre cei dintâi cititori americani ai lui S. Freud), Meyer a rămas convins că gândirea conștientă este, pentru om, o tehnică majoră de adaptare la mediu, recuzând în același timp primatul inconștientului, despre a cărui realitate în sens freudian el, de altfel, se îndoia.

MICROGRAFIE (engl. *micrographia*). **Tendință de a scrie cu caractere minuscule.**

Această tulburare face parte din sindromul akinetic (sărăcia expresiei gestuale, dificultatea de a executa rapid mișcări alternative, lentoarea motricității voluntare și varietatea inițiativelor motorii), așa cum îl întâlnim în boala Parkinson.

MINKOWSKI (Eugène). **Psihiatru francez de origine rusă (Sankt-Petersburg, 1885 — Paris, 1972).**

Combatant în primul război mondial, a evitat deportarea în anii celui de-al doilea război mondial și, în pofida unui mare număr de texte publicate, acest psihopatolog bergsonian, membru fondator al *Évolution psychiatrique*, nu a putut obține o catedră. Încă de la primele sale lucrări publicate (1922–1923) și mai ales după teza sa, în limba franceză, asupra pierderii „contactului vital" (1926), apare ca purtător al unei alternative dialectice la sistemul pseudofreudian al lui E. Bleuler. Din 1923, în colaborare cu Rogues de Fursac, își dezvoltă concepția despre schizofrenie în jurul ideii de *atitudini antitetice*. În teza sa, subliniază de la bun început importanța spațializării în schizofrenie și deja anunță un criteriu pe care nu-l va abandona niciodată — calitatea timpului trăit. Din nefericire, extrema ambivalență a comunității științifice franceze cu privire la noțiunea bleuleriană a acreditat ideea că Minkowski nu era decât un simplu interpret al lui Bleuler. Nimic nu este mai puțin adevărat și, începând din 1933, el va enunța cu claritate punctul de ancorare al viziunii sale despre psihoze într-o dialectică temporo-spațială. În 1933 el va publica *Timpul trăit, studii fenomenologice și psihopatologice*. În schizofrenii, ființa se instalează în imobilitatea unei clădiri ca Gara de Est și sentimentul timpului lipsește. Această noțiune a cunoscut un incontestabil succes în grupul de la *Évolution psyhiatrique* și a fost reluată de P. Balvet în teza sa (1937). Pe de altă parte, această spațializare a ființei se regăsește în lucrările lui D.W. Winnicott — *falsul self* fiind, de asemenea, un concept spațial — și în acelea ale lui H. Faure. *Timpul trăit* a fost tradus în limba engleză în 1972; dar curentul fenomenologic american (R. May) îl consideră pe drept pe Minkowski ca fondator al fenomenologiei psihopatologice, din 1958. Influența sa la nivel internațional este deci extrem de semnificativă și putem spune, fără teama de a fi contrazișși, că *La fausse conscience* de J. Gabel și *Le moi divisé* de R.D. Laing poartă, amândouă, marca lui Minkowski. Acesta a contribuit la elaborarea unei concepții despre schizofrenie care tinde la eliminarea ideologizării excesive de care conceptul acesta suferă din 1908.

Gândirea bleuleriană, „înnămolită într-o cauzalitate biopsihică", după expresia lui J. Postel, a luat naștere dintr-un neologism și dintr-o teorie biopsihică, teorie care dădea prioritate unui „proces cerebral" direct responsabil de simptomele primare. Această noțiune a fost respinsă în Franța de Anglade, apoi în Statele Unite de Ch. Dunlap. De altfel, spre a-și construi edificiul, Bleuler a absorbit isteria, isteria crepusculară (Ganser), precum și o parte din psihoza maniaco-depresivă. Minkowski a adus astfel claritatea științifică acolo unde Bleuler a destituit un ansamblu de credințe, iar dacă gloria de a fi creat semnificantul *schizofrenie* îi revine lui Bleuler, faptul de a fi dat un conținut științific acestei concepții îi revine școlii franceze și mai ales lui Eugène Minkowski. → ATITUDINI ANTITETICE; FALSĂ CONȘTIINȚĂ; GEOMETRISM MORBID; SCHIZOFRENIE.

MINUCHIN (Salvador). **Psihiatru american (născut în 1921).**

Profesor de pedopsihiatrie, a contribuit din plin la dezvoltarea terapiilor familiale zise „structurale" (→ TERAPIE FAMILIALĂ). Devine director al Philadelphia Child

Guidance Clinic, în 1967, lucrând în special în cooperare cu J. Haley și B. Montalvo. Mai înainte a acumulat o bogată experiență în ghetourile negrilor și portoricanilor din New York. S-a instalat în acest oraș la pensionare, în 1980. A scris *Family and Family Therapy* (1974), tradusă în limba franceză cu titlul *Familles en thérapie* (1979), *Family Therapy Techniques* (1981), *Institutionalizing Madness* (1989).

MIT FAMILIAL (engl. *family myth*). **Ansamblu de credințe și de speranțe pe care membrii unei familii le împărtășesc fie cu privire la ei înșiși, fie cu privire la natura relațiilor care îi unesc.**

Acest concept, introdus în 1965 de A. J. Ferreira, se referă înainte de toate la modele de distorsiune a realității, împărtășite de toți membrii familiei respective, chiar și de către unii observatori din afară. Aceste credințe organizate stau la originea instaurării, a menținerii și justificării a numeroase modele internaționale. Mitul este împărtășit și susținut de toți membrii familiei ca un adevăr care scapă oricărei critici sau îndoieli. El determină deci comportamentul tuturor, atribuind fiecăruia un rol. Familia, în acest context, poate atribui titlul de „bolnav" unuia dintre membrii săi. Conceptul de mit familial este deosebit de operator în terapia familială.

MITOMANIE (engl. *mythomania*). **„Tendință constituțională de a altera adevărul, tendință la fabulație, la minciună și la crearea de fabule imaginare" (după E. Dupré, care, în 1905, a creat acest termen).**

Această tendință patologică, „mai mult sau mai puțin voluntară și conștientă", nu este deci numai acțiunea de a fabula sau de a minți, ci este o veritabilă constituție, un tip de dezechilibru care îi determină pe unii debili, pe unii psihopați să elaboreze în permanență relatări de evenimente și de acte care nu au avut loc, dar despre care semenul e făcut să creadă că autorii relatării au fost martori și actori, descriindu-se, în general, într-o poziție avantajoasă. Pe când psihopatologia lui Dupré rămâne pur descriptivă și conduce la impasul unor constituții psihosomatice și al „perversității mitomaniace", aceea a lui S. Freud și a elevilor săi se va angaja, prin prisma studierii isteriei și a sugestiei (în special autosugestia), în conceptul unui „clivaj al Eului". Problematica fantasmei și a realității va fi mai târziu elucidată de H. Deutsch și W. Stekel, care explică atât credința particulară cât și dedublarea personalității în relatarea mitomaniacă.

MODEL ANIMAL DE PATOLOGIE MENTALĂ (engl. *animal model of mental disorders*). **Tip animal care permite, în condiții precise, inducerea anumitor similitudini cu comportamentul uman.**

Cercetarea anumitor aspecte ale patologiei mentale este dificilă la ființa umană: în special cercetarea de indici biologici explorați prin tehnici zise „invazive" și cercetarea privind noi medicamente. Comportamentul animal poate fi examinat pentru a face din acest tip de studii un model apropiat de comportamentul uman. Putem distinge trei mari tipuri de modele animale.

MODELELE EMPIRICE. Ele sunt rezultatul observației empirice și nu revendică nici o omologie cu o situație existențială comparabilă la om. În psihofarmacologie, comportamentul animal și comportamentul

uman trebuie doar să fie modificate în același sens și cu o amplitudine similară de către substanțele studiate. Astfel, rigiditatea cataleptică a șobolanului sub efectul unor neuroleptice este apropiată de efectele extrapiramidale observate la om. Spre a se permite examenul și trierea rapidă (sau *screening*-ul) unor medicamente potențial utile pentru om, se alege la animal un comportament ușor de reprodus și de cuantificat. Modelul se poate baza pe efectul unei substanțe sau pe interacțiunea a două substanțe la nivelul comportamentului. Modificările stereotipe produse de apomorfină la rozătoare sunt antagonizate prin neuroleptice. Acest model predictiv pentru un efect antipsihotic la om nu are în vedere mecanismele biochimice care intră în joc în stereotipii și schizofrenie, chiar dacă poate în mod secundar servi la elaborarea unor modele neurobiologice. Acest tip de schemă a fost acuzat că sterilizează cercetarea psihofarmacologică. Astfel, bateria de teste care prezic efectul antidepresorilor triciclici a condus la dezvoltarea unor molecule foarte înrudite mai degrabă decât la descoperirea de compuși originali: aceștia au fost eliminați prin *screening*.

MODELELE DE COMPORTAMENTE INDUSE PRIN SUBSTANȚE CHIMICE. Aceste modele încearcă să reproducă un tablou psihopatologic, ipotezele etiopatogenice urmând a fi elaborate doar în modelele următoare. Psihostimulente și halucinogene provoacă în mod artificial la omul normal comportamente de tip psihotic. Administrând aceste substanțe la animal, se poate realiza un model de psihoză, chiar dacă simptomele declanșate la animal nu seamănă cu tabloul observat la om. Astfel, un halucinogen ca L.S.D. determină o potențializare la stimulente aversive la șobolanul pus în situația de activitate exploratoare, ceea ce amintește puseul anxios și uneori delirant al subiectului sub efectul L.S.D. confruntat cu un mediu necunoscut.

MODELELE ETIOLOGICE. Un proces psihologic sau biologic găsit la animal se presupune a fi la originea unui sindrom psihopatologic observat în clinică. Acest tip de model are cea mai mare valoare euristică. O situație de conflict (recompensă și în același timp pedeapsă pentru un comportament dat) poate constitui un model de anxietate. Expunerea șobolanului la un stres inevitabil creează o stare de *neputință învățată* (eng. *learned helplessness*) care ar putea juca un rol esențial în dezvoltarea stării depresive. În farmacologia animală sunt utilizate și alte situații depresogene: de exemplu, inducerea de ulcere de constrângere la șobolanul imobilizat, observarea mobilității șobolanului obligat să înoate sau separarea unei maimuțici de mama ei.

Alături de aceste exemple de procese psihologice sau comportamentale, un model biologic se bazează pe perturbarea artificială a sistemului dopaminergic, ca urmare a unei leziuni chirurgicale localizate în creierul animalului, pentru a se testa ipoteza unei hipofuncționări a sistemului în schizofrenie: sunt observate consecințele biologice și comportamentale ale unei astfel de leziuni.

LIMITELE COMPARAȚIEI ANIMAL / OM. Un model animal este adesea validat de capacitatea sa de a prezice un răspuns terapeutic la om. Dar comparația, fie și în afara problemei complexității psihismului uman, rămâne limitată. Modelele animale nu țin seama de aspectul longitudinal al

unei afecțiuni psihiatrice evolutive și de tratamente. Aceste modele nu sunt specifice pentru o afecțiune sau o clasă de medicamente: ele trebuie utilizate în baterii care regrupează mai multe teste. În sfârșit, modelele animale încurajează studierea de comportamente elementare pe care le găsim în mai multe entități clinice (inhibiție, impulsivitate etc.). Această abordare, calificată drept transnosografică, poate deschide noi perspective, dar tinde să neglijeze bogăția tradiției clinice.

MONGOLISM (engl. *Down's syndrome*, Mongolism). → TRISOMIA 21 SAU MONGOLISM.

MONOIDEISM (engl. *mono-ideism*). **Concentrare patologică a gândirii și activității intelectuale a unui subiect asupra unei singure teme, asupra unui singur obiect.**

Monoideismul se întâlnește în psihastenie* și în unele deliruri sistematizate asupra unui sector limitat.

MONOMANIE (engl. *monomania*). **Termen utilizat în prima jumătate a secolului al XIX-lea pentru a descrie delirurile parțiale, anumite tulburări nevrotice și conduite delictuale și criminale. (Astăzi este ieșit din uz.)**

E. Esquirol este acela care a creat această entitate psihiatrică, pornind de la melancolie, delir parțial și uneori trist, bine descris de profesorul său, P. Pinel. El izolează acest grup nosologic al monomaniei sau mai degrabă al monomaniilor, caracterizat la început prin faptul că tulburarea intelectuală, delirantă, se limitează la un singur obiect sau la un mic număr de idei. Este, deci, un delir parțial: „Bolnavii — scrie Esquirol — pornesc de la un principiu eronat, pe baza căruia își construiesc neabătut raționamentele logice și din care trag concluzii legitime, care le modifică afectele și actele de voință. În afara acestui delir parțial, ei simt, raționează, acționează ca toată lumea. Iluzii, halucinații, asociații vicioase de idei, convingeri greșite, false, bizare stau la baza acestui delir pe care aș dori să-l numesc monomanie intelectuală." Dar Esquirol nu are în vedere doar aceste forme delirante. El le adaugă și alte monomanii, care nu însoțesc acest delir. Acestea sunt în primul rând „monomaniile afective", care, *grosso modo*, corespund la ceea ce Pinel numise „manii fără delir" (nici o alterare sesizabilă în funcțiile intelectului, percepției, judecății, memoriei, perversiunile privind exclusiv funcțiile afective). Pentru Esquirol, care, de altfel, confundă mania fără delir cu „nebunia rațională", în aceste monomanii afective, tulburarea rămâne pur afectivă: „Monomaniacii nu bat câmpii, dar afectele lor și caracterul sunt pervertite; invocând motive plauzibile, formulând explicații cât se poate de raționale, ei își justifică starea actuală a sentimentelor și își acuză bizareria, necuviința conduitei." În ceea ce privește „monomaniile instinctive", deteriorată este doar voința, tulburarea conducând la acțiuni delictuale și chiar criminale: „Voința este lezată; bolnavul [...] este antrenat în acte pe care nu le determină rațiunea sau sentimentul, pe care conștiința le dezaprobă, pe care voința nu mai are puterea de a le reprima; acțiunile (delictuoase) sunt involuntare, instinctive, irezistibile..." Tocmai în această ultimă categorie găsim o formă de monomanie deosebit de gravă pe plan social, judiciar și medico-legal, „monomania homicidă", care le-a permis medicilor alieniști ai epocii să justifice din punct de vedere medical iresponsabilitatea penală a numeroși criminali. Doctrina monomaniei va cunoaște declinul său, începând cu anul 1850, fiind criticată îndeosebi de J. P. Falret, atât pe plan nosologic, cât și pe plan semiologic. Din cadrul confuz și polimorf al acestei doctrine se vor izola progresiv principalele deliruri cronice și nevroza obsesională.

MONOPOLARĂ (engl. *monopolar*). **Se spune despre o psihoză periodică a cărei evoluție are loc prin accese întotdeauna orientate spre același pol depresiv sau maniac.** (Sinonim: unipolar.) → DEPRESIE; MANIE; MELANCOLIE; PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ.

MOREL (Bénédict-Augustin). **Medic alienist francez (1809–1873).**

A creat teoria degenerescenței* pentru a explica apariția maladiilor mentale cu ajutorul unei ereditări morbide.

După studii teologice și câțiva ani de jurnalistică, Morel face studii de medicină la Paris, începând din 1834, iar psihiatria o învață cu J.P. Falret și Ch. Lasègue. La început este medic-șef la azilul din Maréville, în apropiere de Nancy (1848), continuându-și cariera la Saint-Yon, în apropiere de Rouen, începând din 1856. Lucrările sale clinice au fost reunite în volumele *Études cliniques* (1852, 1853) și în *Traité des maladies mentales* (1860). S-a făcut cunoscut mai ales prin al său *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (1857). Influențat de gândirea filosofică și morală a vechiului său camarad de studii P. Buchez, el susține aici o teorie etiologică cu privire la maladiile mentale, în care ereditatea deține un loc important. Teoria sa despre degenerescență apără concepția unei „deviații maladive de la un tip ideal primitiv" (după chipul lui Dumnezeu), provocată de relele condiții de viață, fizice și morale, ale unor generații succesive, care conduc la descendenți „degenerați", atinși de diferite tare și de nebunie.

MORFINĂ (engl. *morphine*). **Principal alcaloid psihotrop al opiului, clasat ca stupefiant.**

Izolată la începutul secolului al XIX-lea din opiu (în mod cert de către francezul E. Seguin, în 1801, înaintea germanului F.W. Serfürner, în 1805), morfina va deveni în jurul anului 1860 obiect al celei dintâi dintre toxicomaniile moderne. Printre cauzele acelei veritabile epidemii, trebuie citată invenția seringii pentru injecții hipodermice de către C.G. Pravaz (1850) și utilizarea terapeutică a injecțiilor cu morfină în anii războiului de secesiune din Statele Unite și ai războiului franco-german din 1870.

Primul mod de difuzare a morfinei a fost prescripția medicală: veritabil panaceu, ea era utilizată ca antalgic, antitusic, sedativ, hipnotic... Primele atinse de morfinomanie au fost mediile medicale. Pe urmele lui S. Levinstein, medicii descriu destul de repede riscul de dependență. Distincția dintre „morfinizați", victime ale prescripțiilor, și „morfinomani" (E. Chambard), nevrozați, perverși sau alți „degenerați" care caută activ drogul arată că problemele actuale privind toxicomaniile au fost ridicate cu mult înainte. Tratamentele morfinismului sau ale morfinomaniei, axate pe *cura de dezintoxicare*, au fost obiect de controverse care ar putea fi mereu de actualitate.

Morfina, devenită drog la modă (după unele surse, ar fi existat la Paris mii și mii de morfinomani la începutul secolului al XX-lea), a fost și obiect de literatură. Dintre scriitorii morfinomani, Laurent Teilhade (*La noire Idole*, 1920) ne-a lăsat descrieri ale intoxicației cu morfină și ale metodelor terapeutice din epoca sa. Clasica „lună de miere" urmată de „luna de fiere" își are obârșia în această literatură a „zânei cenușii", în care „morfinele" capătă chip de simbol: sub pretextul că denunță pericolele drogului, mulți autori vor utiliza fascinația tulbure a publicului pentru aceste plăceri insolite, pentru riscul decăderii.

Morfina (clasificată în Franța pe lista stupefiantelor) rămâne unul dintre cele mai bune tratamente paliative în durerile intense și cronice, mai ales la canceroși. Pe când utilizarea terapeutică nu conduce aproape niciodată la toxicomanie, prestigiul de drog al morfinei face ca medicilor să le repugne prescrierea ei. La toxicomanii actuali a fost înlocuită cu alte droguri, mai ales cu *heroină**.

MORFINOMANIE (engl. *morphine addiction* sau *morphinomania*). **Toxicomanie cu morfină.**

M.P.T.P. (engl. *MPTP*). **Substanță neurotoxică (a1-metil-4-fenil-1, 2, 3, 6-tetrahidropiridină sau M.P.T.P.) aflată la originea unor cazuri de boală Parkinson.**

Prima observație psihofarmacologică a fost prilejuită de autoadministrarea accidentală de M.P.T.P. de către un toxicoman californian, în 1979. Toxicitatea acestei substanțe este proprie unor specii (om, primate) și unor structuri neuronale (sistemul nigrostriat). Observațiile făcute incriminează rolul unor toxine alimentare sau chimice în etiologia bolii Parkinson. Administrarea de M.P.T.P. la anima realizează un model experimental ca permite studierea de noi terapeutici, cum fi grefele neuronale, precum și studierea diverse medicamente antiparkinsonien

MUSSITAȚIE (engl. *mussitation*). **M de a vorbi indistinct, cuvintele fii prost articulate, fără mișcarea buzel cu „voce surdă".**

Este un fel de semimutism, expresi unei reticențe parțiale sau a unei m timidități.

MUTISM (engl. *mutism*). **Absență a vo birii, fie din cauza nedezvoltării lim bajului, fie din cauza inhibării voluntar sau involuntare, fie dintr-un refu deliberat, ca în reticență.**

Mutismul trebuie bine deosebit de afazi (tulburare datorată unor leziuni ale centrilor cerebrali ai limbajului) și de surdomutitate. Se descrie la copil un mutism complet, în unele forme de psihoză infantilă, și un mutism electiv, în special extrafamilial (de exemplu atunci când copilul intră la școală și refuză să scoată vreun cuvânt), de origine nevrotică sau reacțională.

MUZICOTERAPIE (engl. *musicotherapy*). **Orice formă de terapie care utilizează arta muzicală ca tehnică de exprimare.**

Fără îndoială că este abuziv să individualizăm muzicoterapia ca pe o veritabilă psihoterapie specifică (J. Arveiller). Muzica nu este adesea aici decât o tehnică creativă în cadrul artterapiei*, de acompaniament sonor și ritmic în numeroase terapii psihomotorii sau corporale, sau de expresie și comunicare, ca în cazul psihoterapiilor care se adresează copiilor psihotici sau autiști care încă nu au acces la limbaj (R. Benenzon, J. Verdeau-Pailles). Așadar, se utilizează o

„atmosferă muzicală" pentru acompanierea unor cure de destindere și relaxare*, analgezie și psihoprofilaxie a durerii (în pregătirea actului obstetrical, de exemplu) sau chiar ca veritabilă anestezie, ca în sofrologie*. Alte indicații, ca sevrajul alcoolicilor sau chiar al toxicomanilor, luarea în sarcină a unor tulburări psihosomatice la persoane în vârstă sau acțiunea de susținere morală și reeducativă a unor delincvenți sunt mai discutabile.

Bibl.: Arveiller, J., *Der musicothérapies*, Issy-les-Moulineaux, Éditions scientifiques et psychologiques, 1980; Benenzon, R., *Manuel de musicothérapie*, Privat, Toulouse, 1981.

N

NARCISISM (engl. *narcisism*). **Iubire de sine care se marchează printr-o investire libidinală a Eului, luat ca obiect, de către impulsia sexuală.**

S. Freud dă termenului o definiție structurală în 1914, în *Prolog la o teorie a narcisismului*: narcisismul nu mai corespunde unui stadiu al evoluției sexuale care s-ar insera între autoerotism și iubirea obiectală, ci reprezintă mai degrabă o stază a libidoului, care ar rămâne fixat asupra Eului de-a lungul întregii sale constituiri. În consecință, Freud ia în considerare două tipuri de narcisism: *narcisismul primar*, care corespunde acelei stări anterioare oricărei alegeri de obiect exterior, stare numită de atotputernicie infantilă, în care copilul este, el însuși, propriul său obiect erotic; *narcisismul secundar*, care corespunde, într-o a doua fază, refluxului libidoului obiectal asupra Eului. Freud utilizează narcisismul secundar pentru a explica unele stări patologice, între care melancolia, pe care el o regrupează în nevrozele narcisice. În ceea ce privește narcisismul primar, deosebirea de puncte de vedere a autorilor se articulează în jurul noțiunii de constituție a obiectului. Oare este aceasta — așa cum se exprimă Freud după cea de a doua topică (1920), în care Eul este definit ca instanță, ba chiar ca sistem clivat în mai multe instanțe — o stare anobiectală, apropiată de aceea din viața intrauterină sau de starea de somn, prin care s-ar confunda din nou cu autoerotismul? Este oare vorba, după M. Klein, de faptul că relațiile obiectale se stabilesc de la originea vieții, existând o permanență a unei stări narcisice, legată de refluxul libidoului asupra obiectelor interiorizate? Pentru J. Lacan, stadiul oglinzii ar clarifica această primă formație narcisică numită Eu ideal, în care imaginea celuilalt, aceea a semenului, este sesizată în oglindă de privirea copilului și îi determină jubilația. Narcisismul secundar ar corespunde unei stări ulterioare și permanente a investirii idealului de Eu.

NARCOANALIZĂ (engl. *narcoanalysis*). **Metodă de investigație a psihismului în stare de somnolență, prin injectarea intravenoasă a unui barbituric cu acțiune rapidă.**

Această metodă și termenul care o desemnează au fost create de Horsley, în 1930. Subnarcoza amfenaminată constă în asocierea de metilamfetamină la barbituric (amital sodic), urmărind să faciliteze exprimarea pacientului. Aceste metode pot fi utilizate atât în scop *diagnostic*, ca în cazurile de mutism, reticență, amnezie, psihoză atipică, precum și într-un scop *terapeutic*, pentru a permite o reelaborare a elementelor furnizate de pacient (narcosinteză) sau o abreacție* în nevrozele posttraumatice, isterii etc. Foarte discutabilă pe plan etic, narcoza a fost abandonată.

NARCOLEPSIE (engl. *narcolepsy*). **Tendință excesivă de a adormi și care se manifestă prin accese periodice de somn incoercibil.**

Descrisă de C. Westphal în 1877 și de J.B. Gélineau în 1880, narcolepsia este caracterizată în mod clasic prin patru simptome principale: accese subite și repetate de somn, cataplexie (abolire brutală a tonusului muscular), halucinații hipnagogice (care apar la adormire și îmbracă toate modalitățile senzoriale) și paralizii hipnice. Însoțește, în general, anomaliile fazei paradoxale a somnului.

NARCOTERAPIE (engl. *narcotherapy*). **Mijloc terapeutic utilizat în psihiatrie și care constă în a obține un somn discontinuu și prelungit, datorită administrării de psihotrope sedative și izolării.** (Sinonim: cură de somn.)

Scopul și eficacitatea acestei tehnici sunt apreciate după două optici principale. Neurofiziologii iau în considerare mai ales beneficiile datorate repausului reparator de structuri nervoase superioare procurat de izolarea senzorială și de activitatea onirică. Pe de altă parte, dintr-o perspectivă mai psihologică, regresiunea, visele și abreacția ar permite un efect psihoterapeutic. Indicațiile principale sunt crizele nevrotice diverse (angoasă, patologie posttraumatică, somatizări), uneori sevrajul toxicomanilor și, mai rar, psihozele. Narcoterapia este rareori utilizată în prezent.

NARCOTIC (engl. *narcotic*). **Substanță care produce o sedație și o anestezie.**

Termenul este, în general, utilizat ca echivalent al termenului *stupefiant*.

NEBUNIE (engl. *madness*). **1) Boală a spiritului. 2) Nesăbuință sau absență de rațiune și ceea ce scapă controlului acesteia.**

Este un termen vechi, care desemnează în mod general alienarea mentală, în special în formele sale psihotice. Încă mai este utilizat, deși tot mai rar, în vocabularul psihiatric, asociat cu un adjectiv care îl precizează: *nebunie circulară* (psihoză maniaco-depresivă), *nebunie rațională* (delir de interpretare) sau *nebunia îndoielii* (psihonevroză obsesională).

Dar termenul de „nebunie", utilizat fără adjectiv și fără complement nominal, este mai ales folosit în abordările sociologică (imaginea nebuniei în societate, de exemplu) și antropologică.

NEBUNIA CA BOALĂ MINTALĂ. Tocmai prin prisma acestei din urmă abordări a arătat M. Foucault, în a sa *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), că aceasta nu și-ar fi primit statutul de boală mintală decât la sfârșitul secolului al XVIII-lea, o dată cu P. Pinel și primii medici alienişti europeni din acea epocă. Într-adevăr, aceștia au căutat să clasifice tulburările spiritului, imitând metodele botaniștilor și zoologilor, pentru a le repera apoi într-o grilă nosografică și a le face să apară ca

maladii specifice, pe un model al patologiei medicale. De asemenea, creând azilul o dată cu E. Esquirol și legea din 1838, ei au dat un loc tratamentului nebuniei, un loc închis în care bolnavii sunt observați în vederea unor lungi descrieri clinice și păziți acolo până la moarte, spre a fi autopsiați. „Verificarea corpurilor" nu permite totuși decât în cazul paraliziei generale găsirea de cauze organice la afecțiunile mentale. Acestea sunt totuși considerate drept maladii organice, începând din 1845; și, în absența unei etiologii somatice indiscutabile, alieniștii fac un cal de bătaie din noțiunea de boală ereditară, căreia doctrina degenerescenței îi este suportul teoretic (B. Morel, apoi V. Magnan, la sfârșitul secolului al XIX-lea).

Astfel, începând cu Pinel, care a scos treptat din limbajul său medical termenul de nebunie, aceasta își pierde caracteristicile de experiență „existențială" antropologică, pentru a nu mai fi decât o boală. Este modul în care ea se poate înscrie în discursul rațional inaugurat de alienist și dominat de trei mari imperative naturaliste: a observa, a defini (clasificând, diagnosticând) și a trata. Așa cum a arătat T. Longé, izolarea apare în acest caz ca „instrumentul indispensabil creației obiectului" medical care a devenit nebunia și indispensabil cercetării sale științifice. Se trece astfel de la cadrul antropologic, social și juridico-polițist (pentru nebunia periculoasă și delincventă) la cadrul de închisoare azilară aplicat categoriei alienație-boală. Prin instrumentul-izolare, aceasta își poate deci găsi locul într-un discurs pur medical în care medicul devine singurul stăpân al recunoașterii, diagnosticului și tratamentului bolii.

ÎNTOARCEREA LA ANTROPOLOGIE

A trebuit așteptat S. Freud și descoperirea inconștientului pentru ca nebunia să-și regăsească în parte sensul și dimensiunile antropologice. Într-adevăr, o dată cu psihanaliza ea încetează a mai fi o simplă boală deficitară. Ea este din nou recunoscută ca o tentativă a omului de a-și depăși conflictele originare. Ea este, de asemenea, împreună cu antipsihiatria* anilor '60, reconsiderată ca o experiență pozitivă și ca o tentativă pentru individ de a ieși din conflictele familiale și sociale, din conformism, din normă, spre a-și regăsi autenticitatea, originalitatea, posibilitățile creative. În sfârșit, etnopsihiatria și curentul culturalist, de la G. Roheim la G. Devereux, relativizează noțiunea de boală mintală și îi redau nebuniei, într-o anumită măsură, o perspectivă mai vastă, dacă nu universalistă. Ei au arătat „limitele unei concepții prea etnocentrice despre nebunie" și „slăbiciunile unei instituționalizări a devianței" (E. Roudinesco).

Se poate ca secolul XXI să asiste la dispariția psihiatriei ca specialitate medicală. Pe de o parte, biologizarea furibundă a bolii mintale, asociată cu ideologia unei psihofarmacologii triumfaliste, care o susține, ar duce la tratarea în cadrul medicinei somatice a ceea ce nu vor mai fi decât tulburări de comportament repertoriate într-un manual de diagnostice. Iar, pe de altă parte, nebunia și-ar regăsi drepturile, într-un fel, și și-ar relua locul în cultură și în ceea ce este, în ceea ce are omul mai intim, contradicția necesară, dramatică și fundamentală a spiritului omului între rațiune și nesăbuință.

Bibl.: Cadoret, M. (sous la direction de), *La folie raisonnée*, P.U.F., Paris, 1989; Ellenberger, H., *À la découverte de l'inconscient; histoire de la psychiatrie dynamique*, 1970; trad.fr., SIMEP–Éditions, Villeurbanne, 1974; Goldstein, J., *Console and Classify*, Cambridge University Press, Cambridge, 1987; Postel, J., *Genèse de la psychiatrie*, Le Sycomore, Paris, 1987.

NEBUNIE ISTERICĂ (engl. *hysterical madness*). **Ansamblu de fenomene clinice care au loc după tulburări isterice grave.**

După autori și epoci, acest termen înglobează iluzii, halucinații vizuale, o confuzie sau o amorțire a spiritului, deliruri, minciuni patologice, forme de neliniște și reverie, stare hipnoidă, reacții deplasate, stare de vis, conversii somatice diverse, inclusiv paralizii și stigmate isterice, unele forme de mutism, personalități multiple, sugestibilitate, unele forme de posedare (demonice sau de alt fel) și un mare număr de nebunii mistice. Această stare polimorfă îi poate induce în eroare pe practicieni, care pot fi determinați să prescrie o mulțime de intervenții chirurgicale inutile. Dacă starea de vis, aproximațiile lingvistice sau starea hipnoidă domină tabloul, vom vorbi de isterie crepusculară. Dacă, în schimb, delirul isteric este luat în contul său de o populație se va vorbi de isterie colectivă (Loudun, Morzine).

Istoricește, frontiera dintre nebunia isterică și schizofrenie este de cea mai mare instabilitate. E. Bleuler a absorbit (1908–1911) o parte din nebunia isterică în noua schizofrenie, iar internul său C.G. Jung (1907) a dat diagnosticul de demență precoce (schizofrenie) mediumului Hélène Smith, pe care Th. Flournoy — în deplină logică — o considera isterică.

Îi datorăm lui K. Abraham (1877–1925) o distincție precisă articulată în jurul narcisismului: „Demența precoce distruge capacitatea de transfer sexual, de iubire obiectală" (1908). Pornind de la această bază, acceptată azi cu unele nuanțări, el construiește următoarea distincție: „Autoerotismul este acela care deosebește demența de isterie. Aici detașare a libidoului, dincolo investire excesivă a obiectului; aici pierdere a capacității de sublimare, dincolo o sublimare sporită" (trad. în franceză de I. Barande și E. Grin).

Lucrările lui Lacan au adus o distincție clinică suplimentară: în nebunia isterică, delirul nu prezintă distrugerea limbajului (nimicirea realului, a imaginarului și a registrului simbolic), distrugere pe care, în schimb, o găsim în schizofrenie. Criteriile lacaniene s-ar articula deci în jurul filiației, al limbajului, al inscripției „metaforei Numelui-Tatălui", fără a fi periclitată prin aceasta baza stabilită de S. Freud și de discipolul său Abraham.→ ISTERIE; SINDROM GANSER; SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Carroy, J., *Hypnose, suggestion et psychologie, P.U.F., Paris, 1991; Kretschmer, E., Hysterie, Reflexe, Instinkt*, 1923 — trad. engl. Peter Owen, London, 1961; Lacan, J., *Séminaire III, Les Psychoses*, Le Seuil, Paris, 1981; Maleval, J.C., *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris, 1981; Melman, C., *Nouvelles Études sur l'hystérie*, J. Clims / Denöel, Paris, 1984; Trillat, E., *Histoire de l'hysterie*, Seghers, Paris, 1986.

NEFALISM (engl. *teetotalism*). **Abținere totală și imperativă de la orice băutură alcoolică.**

Cuvânt de origine greacă; în antichitate se referea la grupuri de abstinenți care își celebrau comportamentul prin mari sărbători, nefalidele. Adjectivul nefalist este adesea utilizat în Franța spre a desemna grupurile de foști băutori Croix Bleue,

Croix d'Or, Vie Libre, asociațiile de sub egida FITPAT, Alcooliques Anonymes etc.

NEGATIVISM (engl. *negativism*). **Comportament de refuz și de opoziție la sugestiile și solicitările semenului.**

Este uneori o dispoziție permanentă de a se opune tuturor cerințelor anturajului. Pacientul rezistă atât pasiv (refuzând o mână întinsă, de exemplu) cât și activ, încordându-se dacă vrei să-l pui în mișcare, strângând maxilarele dacă vrei să-l hrănești (opoziționism). Refuzul de a vorbi, mutismul fac și ele parte din negativism. Aceste manifestări opoziționiste se întâlnesc mai ales în unele deliruri de persecuție, în replierea autistică și în forma catatonică a schizofreniei, atitudinile de înțepenire în poziție fetală sau hieratică reprezentând adesea aspectele extreme ale negativismului.

NEOLOGISM (engl. *neologism*). **Cuvânt nou și bizar, creat de un bolnav mintal delirant sau schizofren, prin deformare, substituție, inversiune sau invenție de foneme.**

Aceste cuvinte, spre deosebire de neologismele construite pentru a completa o limbă (științifică, argotică, tehnică etc.), spre a ameliora schimburile într-un mediu dat, sunt fabricate în întregime pentru folosirea exclusivă de către bolnav, pornind de la deviațiile fonemice cele mai diverse. Ele nu au uneori nici un sens, participând la jocuri verbale pure; alteori au un sens, dar numai pentru pacient, care le poate crea spre a nu fi identificate de altcineva sau spre a se încadra în „logica" mai mult sau mai puțin coerentă a discursului său delirant.

Unele neologisme, mai puțin bizare, sunt utilizate de afazicii senzoriali (Wernicke) spre a înlocui cuvinte uitate.

NEURASTENIE (engl. *neurasthenia*). **Stare cronică de fatigabilitate și de astenie fizică și intelectuală ce evoluează pe un fond depresiv și la care, în general, se asociază dureri somatice numeroase.**

Descrisă de neurologul nord-american G.M. Beard, în 1880, neurastenia a fost în modă în clasele conducătoare din lumea occidentală până pe la mijlocul primei jumătăți a secolului XX. Ea cuprinde cele mai adesea forme minore de depresie* cu distonie neurovegetativă și dureri corporale care duc cu gândul la o boală realmente organică (de tipul „depresii mascate" actuale). Recent, Y. Lecrubier a individualizat un sindrom similar, care ar fi legat de o hipofuncționare dopaminergică, timastenia.

NEUROENDOCRINOLOGIE (engl. *neuroendocrinology*). **Studiere a interacțiunii sistem nervos central–sistem endocrin.**

Creierul este un organ secretor ai cărui hormoni reglează funcțiile endocrine ale organismului, în special prin intermediul axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale. Unii dintre acești hormoni sunt neurotransmițători ziși „peptidergici", care intervin în funcționarea creierului în mod paralel cu clasicii neurotransmițători monoaminergici. În cursul vieții fetale, hormonii circulanți afectează maturația creierului. Psihoendocrinologia, ramură a neuroendocrinologiei, studiază funcționarea endocrină în stările psihice normale și patologice. Astfel, fenomenul stres* corespunde unei

hiperactivități a axei hipotala-mo-medulo-suprarenale. În psihopatologie și pentru a nu vorbi decât de stările depresive, multe afecțiuni endocrine pot sta la originea patologiei depresive, în mod deosebit bolile tiroidei (hipertiroidie sau hipotiroidie), ale corticosuprarenalelor (boala Addison sau, dimpotrivă, hipercorticismul [boala Cushing], ale paratiroidei (hipo- sau hiperparatiroidie), ale hipofizei (insuficiență antehipofizară globală, hipersecreție de GH [hormonul creșterii]). Este, de asemenea, cunoscută frecvența depresiilor la femeie în momentul menopauzei, când diminuează proporțiile unor hormoni sexuali.

Cu toate acestea, atenția psihiatrilor a fost reținută mai ales de dozajele diverșilor hormoni în cercetarea cu marcatori biologici a bolii mintale. Aceste dozaje pot fi statice, simplă măsurare a proporției plasmatice a cortizolului, de exemplu, dar și dinamice. În cel de al doilea caz, este analizată reacția unei axe endocrine la o perturbare artificială: studierea evoluției proporției plasmatice a cortizolului după administrarea a 1 mg de. dexametazonă constituie testul de frânare prin dexametazonă sau DST (Dexamethasone Suppresion Test). Acest test, destinat la început să pună în evidență hipercorticismul sindromului Cushing, a suscitat o obstruare considerabilă atunci când s-a observat că pacienții deprimați nu erau supresori, adică la ei, contrar față de subiecții normali, ziși „supresori", proporția de cortizol nu scade după administrarea de dexametazonă, corticoid de sinteză care în mod normal frânează secreția de cortizol printr-un efect de retrocontrol. Conform datelor din textele de specialitate publicate în ultimul deceniu, DST a fost administrat la mai mult de 12 000 de pacienți. Din nefericire, în practică s-a dovedit inutilizabil ca marcator biologic al unei stări depresive. Prea puțin specific, el este pozitiv (non-suprimare) în numeroase alte tulburări mentale și în situațiile de stres. Cu toate acestea, DST a avut meritul de a obiectiva o dereglare a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale în depresie, dereglare care continuă să fie explorată la alte niveluri. Dacă nu există azi marcatori biologici ai marilor sindroame psihiatrice, neuroendocrinologia acumulează indici de disfuncție care corespund poate mai mult unor comportamente patologice transnosografice decât sindroamelor repertoriate de tradiția clinică.

NEUROLEPTIC (engl. *neuroleptic*). **Substanță psihotropă utilizată în tratamentul psihozelor.**

Eficacitatea neurolepticelor stă la originea unei profunde schimbări în abordarea psihozelor cronice, în special a schizofreniei. Până la aplicarea primului neuroleptic, clorpromazina, la psihozele acute și subacute, de către J. Delay și P. Deniker, în 1952, nu se dispunea de nici un medicament eficace în tulburările mentale majore. Recursul la neuroleptice a permis ieșirea din instituțiile psihiatrice a numeroși pacienți condamnați să rămână spitalizați pe viață. A devenit astfel posibilă dezvoltarea de tratamente complementare axate pe aspectele psihoterapice și sociale ale psihiatriei.

DESCOPERIREA NEUROLEPTICELOR. Clorpromazina, primul neuroleptic dintre fenotiazine, a fost utilizată pentru prima dată de H. Laborit (1952) ca anestezic.

Asociată cu prometazina și cu petidina, induce o „hibernare artificială". Într-o serie de comunicări prezentate în 1952, Delay și Deniker au precizat, la Spitalul Sainte-Anne, indicațiile clorpromazinei în diferitele tipuri de psihoze, subliniind efectul acestui medicament asupra agitației bolnavilor: un sindrom de indiferență psihomotorie însoțește acțiunea neurolepticului. Abia la Colocviul internațional asupra neurolepticelor (1955) a fost confirmată eficacitatea acestora în psihozele cronice, dar în același timp s-a pus în evidență capacitatea lor de a induce un sindrom reversibil de aspect parkinsonian. Clorpromazina rămâne produsul de referință, mai ales în Statele Unite, chiar dacă ulterior au fost propuși mulți alți compuși.

Termenul *neuroleptic* a fost utilizat de Delay și Deniker în 1957, evocând efectele neurologice extrapiramidale ale acestor compuși, care, pentru unii autori, sunt proporționale cu proprietățile lor antipsihotice. Americanii folosesc uneori termenii de *antipsihotic* și *tranchilizant major*. Pornindu-se de la primele observații asupra clorpromazinei și asupra unui alt neuroleptic, rezerpina, au fost propuse cinci criterii de activitate neuroleptică:

1) inducția unei stări de indiferență psihomotorie;

2) eficacitate asupra excitației și agitației;

3) reducere progresivă a tulburărilor psihotice acute și cronice;

4) apariția de sindroame extrapiramidale (corespunzând catalepsiei la animal) și vegetative;

5) efecte dominante asupra structurilor cerebrale subcorticale.

Aceste criterii rămân valide chiar dacă starea de indiferență psihomotorie este pro prie mai ales unor neuroleptice sedative

MECANISME BIOCHIMICE. Toate neurolepticele au un efect blocant asupra receptorilor dopaminergici, ceea ce explică efectele lor secundare reversibile de tip parkinsonian și a condus la ipoteza unei hipofuncționări dopaminergice în schizofrenie. Acest fenomen de blocaj poate fi vizualizat cu ajutorul unor neuroleptice marcate cu substanțe radioactive. Tehnici de imagerie, cum este camera cu pozitroni (PET Scan), permit măsurarea la om a fixării și defixării la nivelul receptorilor dopaminergici centrali. Blocajul receptorilor determină o creștere compensatoare a sintezei de dopamină, urmată de o descreștere a proporției de dopamină, ceea ce exprimă un fenomen de toleranță. Dar toleranța există la nivelul sistemului striat și nu la nivelul cortexului frontal. Activitatea antipsihotică a neurolepticului ar putea rezulta din efectul său mezocortical, efectele neurologice secundare provenind din acțiunea sa asupra sistemului striat. Camera cu pozitroni a arătat că neurolepticele nu rămân fixate pe siturile lor de legătură decât câteva zile, pe când efectul lor clinic persistă mai multe săptămâni în schizofrenie. Receptorii dopaminergici nu ar fi deci singurele structuri puse în cauză. Camera cu pozitroni nu a arătat, pe de altă parte, la bolnavii aflați înainte de tratament, o creștere a numărului de receptori, așa cum prevede ipoteza disfuncției dopaminergice în schizofrenie.

CLASIFICAREA NEUROLEPTICELOR. Prima clasificare utilizată a fost aceea a lui P. Lambert și L. Révol (1960): neuroleptice „sedative", care provoacă, în general,

efecte secundare neurovegetative (somnolență, astenie, hipotensiune); neuroleptice „incisive", care reduc semnele productive ale psihozelor (halucinații, delir) și produc efecte neurologice secundare.

Deniker (1977) diferențiază pe plan clinic un pol sedativ și un pol dezinhibitor, între care se repartizează familiile clinice ale neurolepticelor.

În această clasificare, neurolepticele polivalente sunt în același timp sedative, antipsihotice (la nivelul delirului, în special) și dezinhibitoare. Termenul *dezinhibitor* se referă îndeosebi la inhibiția la pacienți a unei funcții emoționale, conducând la tocirea afectelor. Unele neuroleptice ar avea un efect dezinhibitor în doză slabă și antidelirant în doză puternică (sulpiridă, flufenazină, pimozidă, trifluoperazină, tioproperazină, pipotiazină).

Pe plan chimic, se disting mai multe familii de neuroleptice.

Fenotiazine. Clorpromazina este cea dintâi, după care au fost descoperite și alte fenotiazine. În conformitate cu lanțul lor lateral, se divid în trei grupe, după cum acel lanț este:

1) rectiliniu (alifatic): această subgrupă cuprinde clorpromazina și alți compuși sedativi (levomepromazina, acepromazina), care determină puține efecte neurologice secundare, dar determină tulburări neurovegetative (hipotensiune);

2) purtător de nucleu piperanizat: proclorperazina (utilizată mai întâi ca antiemetic) a fost cel dintâi dintre acești compuși, adesea puternic dezinhibitori (tioproperazină), dar care induc numeroase efecte neurologice parkinsoniene sau diskinetice, care trebuie corectate;

3) purtător de nucleu piperidinat: tioridazina este cea mai tipică dintre aceste substanțe, producând, dimpotrivă, puține efecte neurologice secundare, dar a căror activitate antipsihotică este mai slabă.

Clasificarea neurolepticelor (P. Deniker și D. Ginestet, 1973):

	Neurolептice	
acțiune sedativă / acțiune dezinhibatoare	fenotiazine alifatice: levomepromazină clorpromazină etc.	sedative
	rezerpinice	sedative
	dibenzoazepine: clotiapină, loxapină etc.	sedative și de mijloc
	compuși indolici: oxipertină, molindonă	de mijloc
	fenotiazine piperidinate: tioridazină, propericiazină, pipotiazină etc.	de mijloc și polivalente
	haloperidol	polivalent
	fenotiazine piperazinate: flufenazină, tioproperazină, trifluoperazină, proclorperazină	polivalente și dezinhibitori
	triperidol	dezinhibitor
	benzamide: sulpiridă etc.	dezinhibitori
	carpipramină	dezinhibitor

Rezerpinice. Acești compuși, abandonați din cauza toleranței lor nefaste, au marcat o etapă în istoria neurolepticelor. Rezerpina, alcaloid extras din rădăcina unui arbust indian, *Rauwolfia serpentina*, a fost mai întâi utilizat ca antihipertensor cu acțiune centrală. N. Kline (1954) pune în evidență efectul său sedativ. În doză ridicată, rezerpina are o autentică acțiune neuroleptică.

Butirofenone. Haloperidolul, cap de serie al acestei familii, este derivat al unui analgezic (dextromoramidă sau Palfium). Este deosebit de eficace asupra halucinațiilor, dar induce efecte secundare parkinsoniene și diskinetice pe care autorii belgieni, care au descoperit haloperidolul (1959), le-au numit „neurodisleptice". Au fost sintetizate și alte butirofenone, dar haloperidolul rămâne un neuroleptic de referință.

NOI NEUROLEPTICE. În primii doisprezece ani de la descoperirea lor, toate neurolepticele dezvoltate aparțineau celor trei familii descrise mai sus; ulterior au fost descoperite noi structuri. Acestea sunt:

– *compuși triciclici*. Ca și fenotiazinele, ele cuprind un nucleu triciclic; intră în această clasă mai ales tioxantenele (de exemplu, flupentixolul) și dibenzooxazepinele (de exemplu, loxapina);

– *difenilpiperidinele*, apropiate de butirofenone (pimozidă);

– *benzamidele substituite*, al căror cap de serie este sulpirida. Ca și sulpirida, un compus recent al acestei clase, amisulpirida, posedă, în doză slabă, o acțiune dezinhibitoare;

– *compușii micști*. Carpipramina asociază o structură triciclică de tip antidepresor cu o structură înrudită cu a butirofenonelor; pe plan clinic, acest compus original posedă un efect dezinhibitor în schizofreniile deficitare și în diverse stări astenice. Amoxapina, pe care o putem clasifica și printre triciclice, aparține grupului dibenzooxazepinelor. Ea posedă atât proprietăți antidepresive, cât și neuroleptice;

– *dibenzodiazepinele*. Clozapina, care are particularitatea de a cauza puține efecte secundare extrapiramidale, dar a stat la originea agranulocitozei, își arată eficacitatea în schizofrenii care au rezistat al[t] neuroleptice.

Neuroleptice cu efect prelungit. Co[m]puși care posedă o funcție alcool prima[r] ca flufenazida sau haloperidolul, se [u]lega cu un acid gras spre a forma un e[s]a cărui hidroliză progresivă determină [u]efect care durează mai multe săptăm[â]după administrarea intramusculară: [s]neuroleptice cu acțiune prelungită.

INDICAȚIILE NEUROLEPTICELO[R]. Neurolepticele sunt utilizate în psihoz[e] acute, mai ales în accesele delirante [ș]accesele maniace; psihozele cronice, schiz[o]frenice sau nu; alte indicații: melancolii[i] anxioase sau delirante (în asociație c[u] antidepresorii), unele tulburări obsesi[v]nal-compulsive, unele stări psihosomatic[e] algiile rebele, coree.

EFECTE SECUNDARE. *Efectele neurologice* constau într-un sindrom extrapiramidal inițial (diskinezie, akinezie, sindrom akineto-hipertonic, hiperkinezie), care poate fi controlat prin medicamente antiparkinsoniene, și în diskinezii tardive, cu evoluție aleatoare. Aceste diskinezii tardive, mișcări anormale, care afectează îndeosebi sfera buco-linguală, apar în general după ani de tratament. Frecvența lor reală nu este cunoscută. Cum nu există actualmente nici un tratament al acestei complicații uneori ireversibile, indicațiile tratamentului neuroleptic trebuie cântărite cu grijă. Diskineziile tardive au provocat în Statele Unite urmăriri judiciare din cauza unor prescripții socotite abuzive.

Efectele neurovegetative cuprind efecte cardiovasculare (mai ales tahicardie și hipotensiune provocate de fenotiazinele sedative), digestive (gură uscată, constipație), metabolice (îngrășare, spațierea menstruației, tulburări sexuale), alergice și toxice relativ rare (fotosensibilitate și icter, sub clorpromazină). De temut este mai ales sindromul malign, rar, însă grav, care constă dintr-o febră asociată cu o alterare a funcțiilor neurovegetative, cu o evoluție uneori mortală.

Pe lângă aceste efecte secundare organice, sunt de citat efectele psihice, care uneori sunt greu de diferențiat de simptomele aduse de tratament: indiferență, reactivare anxioasă provocată de un compus dezinhibitor, depresie, rareori stări confuzionale.

Dacă primele neuroleptice (clorpromazina, haloperidolul, îndeosebi) sunt și astăzi prescrise din belșug, noii compuși par a fi pe punctul de a trece în domeniul clinic după o lungă perioadă fără miză pe piață. În urma clozapinei, acești noi compuși, fără a fi blocanți tot atât de puternici ai receptorilor dopaminergici, acționează în mod echilibrat asupra diverselor tipuri de receptori (în special D_1 și D_2) și asupra sistemului serotoninergic. În același timp sunt studiate substanțe antipsihotice care intervin la nivelul neurotransmițătorilor situați în amonte de căile dopaminergice, ca glutamatul sau glicina: acestea vor putea în curând să constituie o alternativă la neurolepticele tradiționale.

Bibl.: Colonna, L., Petit, M., Lépine, I.-P. *Dictionnaire des neuroleptiques*, J.-D. Baillère, Paris, 1989.

NEUROLINGVISTICĂ (engl. *neurolingvistics*). **Abordare experimentală a cunoașterii organizării funcționale a limbajului prin studierea unor disfuncții observate atunci când se instalează leziuni corticale care afectează o emisferă cerebrală sau alta.**

Neurolingvistica s-a constituit, ca atare, foarte recent. Această abordare experimentală ia în considerare tocmai dezorganizările diferențiale care marchează exersarea funcției lingvistice conform lateralizării leziunii, conform localizării intraemisferice a acesteia, conform tipului său, focal sau difuz. Patologia oferă astfel reflecției un domeniu privilegiat tocmai în măsura în care distrugerile care afectează structurile nervoase dezorganizează în mod electiv componentele funcției globale așa cum se actualizează ea în stare normală. Această descompunere structurală furnizează un ansamblu de observații și de fapte pe care se edifică modelele teoretice concepute spre a explica organizarea funcțională a limbajului. Aceasta este perspectiva pe care o ia în considerare H. Hécaen în a sa *Introducere în neuropsihologie*, când definește neurolingvistica „drept studiul tulburărilor vorbirii din cauza unor leziuni corticale".

OBIECTUL NEUROLINGVISTICII. Această perspectivă se înscrie direct pe linia logică a acelei remarci deja vechi (1956) și mereu de actualitate pe care R. Jakobson o prezintă în capitolul al doilea din *Fundamentals of Language*, intitulat în mod caracteristic „Două aspecte ale limbajului și două tipuri de afazie": „Aplicarea de criterii pur lingvistice la interpretarea și la clasificarea faptelor de afazie poate contribui în mod substanțial la știința limbajului și tulburărilor limbajului, cu condiția ca lingviștii să procedeze cu tot atâta grijă și precauție atunci când abordează datele psihologice și neurologice ca și atunci când se cantonează în domeniul lor obișnuit." Această recomandare a devenit regulă, iar neurolingvistica s-a dezvoltat și constituit într-un ansamblu multiplu de

cercetări despre care stau mărturie numărul și calitatea lucrărilor care s-au înscris în această abordare metodologică în care proiectul teoretic este imediat confruntat cu criteriul validării sale prin analiza corpului de performanțe reale observate la bolnavi.

Jakobson citează, ca ilustrare a acestei convergențe interdisciplinare și fructuoase, lucrarea autorilor T. Alajouanine, A. Ombredane și M. Durand consacrată analizei caracteristicilor articulatorii pe care le capătă sunetele limbajului la bolnavii afazici motori. Lor li se pare că dificultățile de articulare exprimă trei categorii de fenomene care viciază realizarea fonemelor fie în mod izolat, conferind un caracter dominant deficitului paretic (adică deficitului din punct de vedere muscular), distonic sau apraxic, fie în conjuncție. Trei dintre caracteristicile tulburării sunt astfel descrise în termeni neurologici, interferând cu observațiile fonetice instrumentale. Componența paretică descrie dificultatea inițierii mișcărilor articulatorii; componenta distonică descrie acele fenomene legate de pierderea prin hipertonie, prin rigiditate posturală și/ sau prin sincinezie, a amplitudinii mișcărilor articulatorii și a coordonării în timp; componenta apraxică descrie un nivel al tulburării care afectează configurația mișcărilor buco-linguo-faciale care intervin în executarea gesturilor sistemului bucofonator în cursul vorbirii.

Autorii nu se pronunță asupra naturii fonologice a deficitului, dar subliniază că formele acestor deficite exprimă analogii cu unele etape ale maturației progresive a elocuțiunii la copil. Reținând ipoteza unei involuții legate de leziune, ei au denumit *sindrom de dezintegrare fonetică* acele tulburări care afectează articularea sunetelor limbajului așa cum se observă ele în afazia motorie.

CÂTEVA REPERE ISTORICE. D[e] neuropsihologia, în ceea ce privește m[e]da, numele lipsindu-i, a luat ființă în m[a] efectiv o dată cu lucrările fundamentale [a] lui P. Broca, la începutul anilor 186[0] neurolingvistica este aceea care furnize[a] în mod normal, ca să spunem așa, prim[e] elemente ale unei concepții moderne [a] reprezentării funcționale a limbajului [î] creier, în cursul unor polemici extrem [de] vehemente care i-au opus, în cadr[ul] Societății de antropologie din Paris, [pe] adepții unei teze globaliste — apărată [de] P. Flourens, care refuza să accepte că fun[c]țiile spiritului, în special limbajul, ar putea fi legat în mod electiv de diferite părți ale creierului — și adepții unei teze localizaționiste privind funcțiile superioare și, [în] speță, limbajul.

Flourens recunoștea că creierul, „sediu [al] inteligenței, este unul". Dar, având în vede[re] ce ceea ce numim în prezent adesea „funcții superioare", el refuza categoric să ia în considerare ipoteza că fiecare dintre ele ar putea constitui un ansamblu individualizat și reprezentat ca atare în creier. „De fapt, nu numai toate percepțiile, toate actele de voință, toate facultățile intelectuale rezidă exclusiv în acest organ, dar toate aceste facultăți ocupă aici același loc. De îndată ce una dispare din cauza unei leziuni a unui punct dat al creierului propriu-zis, toate dispar; de îndată ce una revine prin vindecarea acelui punct, toate revin. Facultatea de a percepe și de a voi nu constituie decât decât o facultate esențialmente una; iar această facultate una rezidă esențialmente într-un singur organ." El consideră că fiecare dintre părțile creierului este indispensabilă exercitării tuturor funcțiilor superioare. Inteligența, sau spiritul, sau sufletul, ca să reluăm termeni care pe atunci acopereau aceeași realitate, era fructul

acestui exercițiu global. Leziunea uneia dintre părțile creierului nu poate distruge această inteligență pentru că ea este unitară în principiul ei, fiecare din celelalte părți suplinind ceea ce slăbește, cu excepția „unui efect de masă, de felul totul sau nimic, care distruge o întindere sau o mare cantitate a creierului, excluzând astfel posibilitatea suplinirii. „Lobii cerebrali concură în mod efectiv, prin întregul lor ansamblu, la exercitarea funcțiilor lor, fiind cu totul natural ca una din părți să poată fi suplinită de alta, ca inteligența să poată subzista sau să se poată pierde prin fiecare din ele. Iată destule motive ca să nu plasăm rând pe rând sediul acestei inteligențe în fiecare dintre aceste părți, iar apoi să o excludem, rând pe rând, din fiecare. Eroarea constă în a nu lua în considerare decât cutare sau cutare puncte date ale lobilor cerebrali, când ar trebui să le luăm în considerare pe toate."

În cadrul acestor discuții, în ședința din 18 aprilie 1861, la Societatea de antropologie din Paris, Broca a prezentat descrierea clinică a unui bolnav, Leborgne, decedat de cinci zile, după ce trăise vreme de douăzeci și unu de ani în Spitalul Bicêtre, unde era internat. Acest bolnav, în cursul ultimilor ani de viață, nu putea pronunța decât silaba „tan", în general reiterată în contururi melodice extrem de modulate. După o descriere minuțioasă a stării macroscopice a creierului, Broca conchidea: „Așadar, totul ne permite să credem că, în cazul de față, leziunea lobului frontal a fost cauza pierderii vorbirii." El făcea totodată precizarea că „focarul principal și sediul primitiv al ramolismentului (responsabil de dispariția limbajului articulat) este partea mijlocie a lobului frontal din emisfera stângă". Astfel se făcea corelația anatomo-clinică între „afemie", nume reținut de Broca pentru denumirea acelei deficiențe de articulare a limbajului, și leziunea care distrugea piciorul celei de a treia circumvoluții frontale stângi.

Câteva luni mai târziu, la ședința din luna august 1861, într-o lungă comunicare intitulată *Remarci asupra sediului facultății limbajului articulat, urmate de o observație privind afemia (pierderea vorbirii)*, Broca expunea preocupările teoretice care îl ghidau. Limbajul, ca facultate generală, care constă în „a stabili o relație constantă între o idee și un semn", se deosebește de facultățile lingvistice particulare care utilizează cutare sau cutare suport, „sunet, gest, figură sau traseu oarecare", pentru a asigura realizarea limbajului, un limbaj articulat care utilizează sunetul vocii pentru a constitui semne care autorizează limbajul oral. Astfel, concepția de ansamblu a unui sistem funcțional al limbajului era afirmată în termeni recunoscuți și azi și care fundamentează ruptura cu concepția globalistă dominantă pe atunci: orice limbaj presupune un *sistem emițător* (mușchii aparatului efector, nervii care îi activează și zona din cortexul cerebral care îi controlează), un *sistem receptor* și, ca să reluăm chiar cuvintele lui Broca, acea „parte a creierului care ține sub dependența sa facultatea generală a limbajului". Răsturnarea teoretică la care el procedase avea să conducă la o generalizare a principiului localizării cerebrale a funcțiilor superioare și la instaurarea curentului asociaționist.

Bolnavul Leborgne nu dispunea decât de două foneme: *t* și *â*. El le utiliza în toate sensurile, dar le articula într-un mod cu totul pertinent din punct de vedere acustic. S-a observat frecvent, în afaziile motorii, o asemenea reducere la un singur item lexical disponibil. Acest „enunț recurent", cum l-a numit J. H. Jackson, ar exprima „ultimul

act lingvistic în curs de efectuare" în momentul instalării leziunii. Acest enunț bine articulat ar fi rezultatul activității emisferei drepte, emisfera cerebrală nondominantă pentru limbaj și responsabilă de dimensiunea „automată" a limbajului. Conservat în memorie, fără să fi fost transformat într-o „propoziție", el nu conține nici o propoziție și nu este în acest caz decât un suport pentru variațiile melodice care exprimă adaptările bolnavului în eforturile sale permanente de comunicare.

A prezenta fie și numai o vedere panoramică sumară a lucrărilor actuale de neurolingvistică ar depăși cu mult cadrul prezentului articol. Un singur exemplu, cu privire la același obiect care, cu Broca, a dus la geneza neurolingvisticii, ne va demonstra permanența schemelor metodologice și aprofundarea teoretică legată de evoluția cercetărilor lingvistice, care se bazează pe disponibilitățile tehnologice noi.

O ANALIZĂ FONETICĂ ȘI FONOLOGICĂ. W. Ziegler și D. von Kramon (1986) au căutat să măsoare efectele de coarticulare la un bolnav afazic și, respectiv, la patru subiecți normali, de limbă germană. Efectele de coarticulare traduc distribuția trăsăturilor fonologice pe segmente discrete (foneme) prin frontierele silabice, ba chiar prin frontierele cuvintelor, în limbajul real. Indicii fonologici nu au putut fi niciodată identificați în mod complet în segmente discrete, nici la nivel acustic și nici în compunerea mișcărilor aparatului bucofonator. Astfel, într-o structură disilabică (vocală-consoană-vocală), frecvența primilor doi formanți ai vocalei preconsonantice reflectă o influență legată de realizarea vocalei postconsonantice.

Frecvența punctului de amplitudine spectrală maximală, care caracterizează spectrul exploziei în consoanele ocluzive, variază sistematic, în funcție de mediul vocalic în care se realizează. La bolnavii afazici motori care manifestă dificultăți în stăpânirea caracteristicilor fonologice, cum pot varia ajustările fine care prezidează în domeniile spectral și temporal realizarea de lanțuri fonemice? O asemenea întrebare, într-un cadru conceptual și instrumental înnoit, implică același ordin de probleme abordate de Alajouanine și colaboratorii săi. Observațiile se referă la repetarea de 30 de ori pentru fiecare dintre cele patru vocale [V = (i, y, u, a)] a itemului vector / gət Vt ə/, unde *schwa* (ə) constituie punctul culminant al celor două vocale, inițială și finală. Frecvențele formantice ale lui *schwa* se pretează cel mai bine la urmărirea precursorilor acustici ai vocalei-țintă (V) și la măsurarea mai ușoară a influențelor impuse de aceasta [...] Inseamnă oare, ca să reluăm ipoteza lui Alajouanine, Ombredane și Durand, că în acel deficit articulator al afaziculului motor trebuie regăsită urma unei veritabile involuții care îl readuce la stadiul unor cuvinte monosilabice holofrastice proprii copilului? Cam aceasta este ipoteza explicativă avansată de Ziegler și von Kramon când ei iau în considerare, la afazicii motori, un model de producție articulatorie a limbajului prin realizarea succesivă de monosilabe izolate.

„GESTUL ȘI CUVÂNTUL". Așadar, neurolingvistica ocupă o poziție specială în ansamblul lingvisticii tocmai în măsura în care maladia consecutivă leziunii introduce observatorul direct în miezul sistemului lingvistic, în structura sa funcțională. Fără îndoială, rămâne mult de cunoscut până a

se ajunge la o descriere completă și la înțelegerea mecanismelor lingvistice și a mecanismelor neurofiziologice care le susțin.

În cadrul leziunilor cerebrale focale, dezorganizarea performanțelor lingvistice pare să lovească imediat „instrumentalitățile" lingvistice, cum le-a denumit K. Goldstein, și numai în mod mediat sistemul cognitiv însuși. Capacitățile de comportament social adaptat rămân la acești bolnavi, dovedind o bună conservare a acestui sistem cognitiv. Un câmp nou și complementar se deschide neurolingvisticii în examinarea tulburărilor care afectează tocmai acest sistem cognitiv, așa cum ni se dezvăluie ele în demențele Alzheimer și în demențele senile de tip Alzheimer.

Complexitatea și bogăția sarcinii nu ar putea fi mai bine evocate decât prin acest citat din Merleau-Ponty, din capitolul 6, prima parte a cărții sale *Phénoménologie de la perception*, pe care el îl intitulează semnificativ „Le corps comme expression et la parole" și pe care îl consacră tocmai analizei afaziei, după ce a evocat gestul ca raport al omului cu lumea sensibilă; el extinde această reflecție la universul lingvistic ca ansamblu gestual: „Gestul lingvistic, ca toate celelalte, își desenează el însuși sensul [...]. Gesticulația verbală, dimpotrivă, vizează un peisaj mental care nu este dat de la bun început fiecăruia și care are ca funcție tocmai comunicarea. Dar ceea ce nu dă natura, dă aici cultura. Semnificațiile disponibile, adică actele de exprimare anterioare stabilesc între subiecții vorbitori o lume comună la care cuvântul actual și nou se referă ca gestul la lumea sensibilă. Iar sensul cuvântului nu este nimic altceva decât modul în care el manevrează această lume lingvistică sau căreia îi modulează pe acest clavir semnificații dobândite." Afirmând în felul acesta comunitatea care leagă cuvântul și gestul, el subliniază specificitatea cuvântului: „Ceea ce este însă adevărat — și justifică situația specială pe care o are de obicei limbajul — este că, singurul din toate operațiile expresive, cuvântul este capabil să se sedimenteze și să constituie o experiență intersubiectivă." A compara vorbirea cu muzica, pentru a marca deosebirea lor esențială, prin faptul că una, vorbirea, se bazează pe uitarea de sine, vizând lumea despre care vorbește, chiar dacă este vorba de ea însăși, pe când cealaltă trebuie să se reconstruiască integral în conștiința fiecărui artist care i se dăruiește. O gândire fără cuvânt reprezintă, neîndoielnic, un ideal intangibil, pe când o muzică fără sunet este propriu-zis un nonsens. De aceea, se cuvine să reașezăm gândirea printre fenomenele de expresie.

Bibl.: Alajouanine, T., Ombredane, A., Durand, M., *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*, Masson et Cie, Paris, 1939; Alzheimer, A., „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde", *Allgemeine Zeitschrift* [...], 64, 1907, pp. 146–148, in Rottenberg, D.A., Hochberg, F.H. (ed.), *Neurological Classics in Modern Translation*, Hafner Press, New York, 1977, pp. 41–43; Bayles, K.A., Kaszniak, W., *Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia*, Taylor an Francis Ltd., London, 1987; Broca, P., *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 1861, 6, pp. 235–237, 330–357; 1865, 6, 337–393; Flourens, P., *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés*, Baillière, Paris, 2-e éd., 1842; Goldstein, K., *Language and Language Disturbances*, Grune and Stratton, New York, 1948; Hécaen, H., *Introduction à la neuropsychologie*, Larousse, Paris, 1972; Hécaen, H., Dubois, J., *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825–1865). Textes et documents*,

Flammarion, Paris, 1969; Irigaray, L., *Le langage des déments*, Mouton, Paris, 1973; Jakobson, R., *Essai de linguistique générale*, traduit et préface par Ruwet, N., Les Éditions de Minuit, Paris, 1963; Jackson, J.H., *Selected Writings* (Taylor, J., ed.), Hodder and Stoughton, London, 1931–1932; Merleau-Ponty, M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945; Uff, F.J., Mack, L., Mahlman, J., Greenberg, S., „A Comparison of Lexical Semantics Inquirements in Left Hemisphere Stroke and Alzheimer Disease", in *Brain and Language*, 34, 1988, pp. 262–278; Ziegler, W., von Kramon, D., „Disturbed Coarticulation in Apraxia of Speech: Acoustic Evidence", *Brain and Language*, 29, 1986, pp. 34–47.

NEUROMEDIATOR (engl. *neurotransmitter*). **Moleculă sintetizată și eliberată de neuroni și care asigură transmiterea chimică a influxului nervos** (Sinonim: neurotransmițător.)

Acest fenomen se produce la nivelul sinapsiei neuronale, adică între neuronul presinaptic și neuronul postsinaptic. Neuronul presinaptic conține deci neurotransmițătorul, iar elementul postsinaptic prezintă la suprafața sa receptori care recunosc neurotransmițătorul și declanșează propagarea influxului. Un neuron poate conține mai mulți neurotransmițători, transmisia chimică depinzând de tipul de neurotransmițător implicat și de natura receptorilor de la nivelul postsinaptic. Pentru ca o moleculă să fie recunoscută ca neuromediator, este necesar ca ea să răspundă la șase principii fundamentale:

1) precursorii acestei molecule, precum și enzimele necesare sintezei sale, trebuie să fie prezenți în elementul presinaptic;

2) neurotransmițătorul poate fi găsit în regiuni cerebrale particulare, cărora li se poate stabili o cartografie precisă; el este prezent de-a lungul întregii celule ne voase, iar stocarea sa se face în termin axonală;

3) în cazul unei depolarizări sinaptic neuromediatorul este eliberat în spa sinaptic prin terminațiile nervoase;

4) molecula eliberată exercită o acți specifică asupra receptorului postsinap

5) în fanta sinaptică pot fi puse evidență enzime și mecanisme inactiv toare ale neuromediatorului;

6) substanțe farmacologice pot acți în mod specific asupra transmisiei fluxului.

Trei grupe de molecule răspund aces criterii: aminele, aminoacizii și neurope tidele. *Aminele* sunt actualmente neur transmițătorii cei mai bine cunoscuți Principalele amine sunt: acetilcolina, se tonina, dopamina, noradrenalina, adre lina (ultimele trei sunt catecolamin *Aminoacizii* sunt molecule cu greut moleculară mică. Dintre ei, să cit acidul gama-aminobutiric (GABA) și m lecule mai recent identificate ca neur transmițători: acidul glutamic și aci aspartic, și, în curs de identificare, taurin

Neuropeptidele au o greutate molecula mai mare și se compun dintr-o succesiu de aminoacizi în număr variabil (de la 3 l 30). Ele au fost descoperite recent, iar rol lor fiziologic este, pentru unele din el încă prea puțin cunoscut. Unele dintre ace peptide joacă, de altfel, un rol ca substanț hormonală la nivel intestinal (substanța P colecistokinina). Un grup dintre ele, n mite endorfine, sunt substanțe cu acți morfinomimetică. Cele mai cunoscute su metenkefalina, leuenkefalina și beta-endo fina. Toți acești neuromediatori pot av efecte foarte diferite, chiar opuse. sistemul nervos central, două tipuri neuromediatori putând coexista, putând

eliberați în același neuron: dopamină, colecistokinină, GABA și substanța P.

SINTEZA NEUROMEDIATORILOR. Sinteza neuromediatorilor se face pornind de la precursori și necesită enzime specifice.

Sinteza catecolaminelor. Precursorul tuturor catecolaminelor este un aminoacid, tirozina. Furnizat de alimentație și capabil să traverseze bariera hematoencefalică, el este captat activ de neuron. Aportul alimentar de tirozină este întotdeauna excedentar în raport cu nevoile sintezei neuronale. Prima etapă a biosintezei este o etapă limitantă: enzima de hidroxilare a tirozinei (sau tirozinhidroxilaza) reglează proporția de catecolamine sintetizate prin activitatea sa mai mult sau mai puțin importantă. Compusul astfel format este dihidroxifenilalanina sau dopa. Aceasta suferă apoi o serie de reacții, dintre care prima duce la transformarea în dopamină, iar sinteza va fi stopată la acest nivel pentru neuronii dopaminergici. În continuare, dopamina va fi transformată în noradrenalină (cu oprirea aici a sintezei pentru neuronii noradrenergici) și în adrenalină pentru sistemele adrenergice. Aceste etape nu sunt limitate.

Sinteza serotoninei. Precursorul este un aminoacid, triptofanul. Acesta se găsește în cantitate limitată la nivel cerebral, deoarece în circulație este legat de serumalbumină și numai fracțiunea liberă trece bariera hematoencefalică. În caz de stres sau în procesul de maturație neurologică, la începutul dezvoltării, triptofanul este eliberat în cantitate mult mai mare, contribuind deci la o intensă activitate a sistemului serotoninergic. Prima enzimă de sinteză care transformă triptofanul în 5-hidroxitriptofan este triptofanhidroxilaza. Această etapă este limitantă, iar enzima este specifică. 5-hidroxitriptofanul este apoi transformat în serotonină de o decarboxilază, care este o enzimă nespecifică, întrucât intră și pe calea de sinteză a catecolaminelor.

Sinteza acetilcolinei. Sinteza acetilcolinei se face pornindu-se de la coenzima A și de la colină, cu ajutorul colinacetiltransferazei. Etapa este una limitantă, iar enzima este specifică. Dar biosinteza este, de fapt, reglată de concentrarea intracelulară de colină.

Pentru acești neuromediatori clasici, numai enzimele sunt sintetizate în corpul celular, iar neuromediatorii migrează spre terminațiile axonale, varicozitățile și butonii sinaptici.

Sinteza GABA și a glutamatului. Precursorul principal al acestor aminoacizi este glucoza. Sinteza lor este legată de ciclul Krebs.

Sinteza neuropeptidelor. Neuropeptidele sunt sintetizate direct în corpul celular, sub formă de precursori. Acești precursori sunt molecule mari, care migrează apoi către terminații, iar maturația lor se însoțește de sciziune la nivelul de secvențe protidice încadrate de aminoacizi bazici, cu formare de numeroși compuși. Astfel, sistemul opioid derivă din trei familii: propiomelanocortina (care dă, în principal, beta-endorfina), proenkefalina (precursor al moleculelor enkefalinergice) și prodinorfinele (precursori ai neoendorfinelor și ai dinorfinelor).

STOCAREA NEUROMEDIATORILOR. Stocarea neuromediatorilor are loc în interiorul veziculelor sinaptice, iar aceste vezicule astfel formate permit celulei să păstreze o rezervă de neuromediator care va putea fi eliberată în caz de necesitate. Pe de altă parte, aceste vezicule protejează neuromediatorul de enzimele intracitoplasmatice. Veziculele intervin, de asemenea,

în sinteză, în cazul neuronilor noradrenergici, deoarece ultima enzimă de sinteză (dopaminbetahidroxilaza) se află localizată aici. În cazul depolarizării neuronului, eliberarea se face pornind de la vezicule, prin exocitoză în spațiul sinaptic.

Neurotransmițătorii există și sub formă liberă și, de exemplu, în cazul acetilcolinei, transmisia influxului se face prin eliberarea fracțiunii libere a neuromediatorului, pe când fracțiunea veziculară nu intervine decât în caz de depolarizare neuronală repetată. Agenți farmacologici pot interveni asupra fracțiunii veziculare a neuromediatorului. În cazul unor neuromediatori catecolaminici, rezerpina provoacă o eliberare de neuromediatori și o depleție a veziculelor sinaptice în citoplasmă.

ELIBERAREA NEUROMEDIATORILOR. Depolarizarea terminațiilor axonale, sub influența potențialelor de acțiune, provoacă eliberarea de neurotransmițători în spațiul sau fanta sinaptică. Aceasta nu poate avea loc fără o intrare prealabilă de calciu în elementul presinaptic. Eliberarea se efectuează prin exocitoză, pornind de la veziculele sinaptice, pentru majoritatea neuromediatorilor, sau pornind de la fracțiunea liberă, pentru acetilcolină.

Unii compuși pot să împiedice eliberarea neurotransmițătorului: rezerpina, dar și substanțe care intervin asupra canalelor ionice, cum sunt tetraiodoxina (asupra ionilor de sodiu) sau tetraetilamoniul (asupra ionilor de calciu). Dimpotrivă, injectarea extracelulară de calciu provoacă eliberarea neuromediatorului. În cazul acetilcolinei există la nivelul joncțiunii neuromusculare, în absența potențialului de acțiune, potențiale electrice ale celulei în repaus, numite potențiale miniaturale. Ele ar rezulta din eliberarea aleatoare a fracțiunii libere a acetilcolinei prin cuante (molecule în num mic). În neuronii care funcționează cu m mulți neuromediatori, potrivit cu intens tatea frecvenței de stimulare, se produce eliberare selectivă a unuia dintre ei. El berarea unui neuromediator, de altfel, poate efectua pornind de la mai mul componente structurale celulare: terminați axonală, butoni sinaptici sau varicozită

Cât privește mesajul care se propagă l elementul presinaptic, el nu poate avea lo fără o etapă de recunoaștere prealabilă neuromediatorului de către elemente celulare de membrană ale neuronului postsinaptic. Aceste elemente sunt numite *receptori*. Interacțiunea cu neuromediatorul va permite producerea unui răspun (hiperpolarizare sau depolarizare).

PROPRIETATEA RECEPTORILOR. Po zițiile receptorilor sunt saturabile pri legarea unei molecule de neuromediato drept poziție de recunoaștere. Interacțiune este specifică. Legătura ligant-receptor est reversibilă. Ea permite o modificare configurației spațiale a receptorului. Uneori, această modificare se însoțește în mod direct de deschiderea unui canal ionic membranar cu trecere de ioni (sodiu; de exemplu, în cazul receptorilor de tip nicotinic ai sistemului colinergic). Alteori, receptorii modificați activează o proteină (proteina G), care la rându-i permite modificarea canalelor (receptor GABA de tip B). În alte cazuri, este necesară o etapă enzimatică anterioară înainte de modificarea canalelor.

În sinapsele excitatoare, ionii implicați în funcționarea elementului postsinaptic sunt sodiul și calciul. În cazul sinapselor inhibitoare se observă o intrare de ioni cloruri, care induce o hiperpolarizare, inhibând deci o depolarizare (cazul

sinapselor gabaergice). Receptorii postsinaptici sunt multipli și pentru fiecare tip de neurotransmițător există numeroși receptori cu acțiuni foarte diferite, uneori opuse și având afinități diverse pentru moleculă. Pentru acetilcolină există receptori muscarinici și nicotinici. Pentru noradrenalină există receptori alfa și beta, care, ei înșiși, se subdivid în subclase (alfa 1, alfa 2 sau beta 1, beta 2).

INACTIVAREA NEUROTRANSMIȚĂTORILOR. Inactivarea neurotransmițătorilor se face pe două căi principale: degradare enzimatică și recaptare.

Degradarea enzimatică. Aceasta face să intervină enzime care degradează neuromediatorul în fanta sinaptică. Pentru monoamine, enzimele puse în joc sunt catecol-0-metiltransferaza și monoaminoxidaza. Produsul excretat este 3-metoxi-4-hidroxifenilglicolul (M.H.P.G.), pe când dopamina este degradată în acid homovanilic (HVA) și în acid 3,4-dihidroxifenilacetic (dopa-C). Pentru serotonină acționează doar monoaminoxidaza, iar derivatul de excreție este acidul 5-hidroxiindolacetic (5-HIA). Toți acești compuși pot fi dozați în urină sau în L.C.R., ceea ce poate prezenta un interes deosebit în unele patologii. Cât privește sistemul colinergic, acetilcolinesteraza este aceea care eliberează acetilcolina de coenzimă.

Cât privește catabolismul peptidelor, endopeptidazele sunt acelea care se însărcinează să le degradeze prin hidroliză. În cazul GABA, molecula este degradată de o transaminază.

Mecanismul recaptării. Recaptarea este un proces prin care neuromediatorii sunt recuperați de către terminațiile nervoase însele, molecula putând fi în acest caz reutilizată. Este un transport activ care necesită energie (consumarea de adenozină-trifosfat sau A.T.P.). Este un fenomen saturabil. Cantitativ se referă la 70% dintre monoaminele eliberate.

REGLAREA FUNCȚIONĂRII NEURONULUI. Reglarea se poate face la nivelul sintezei neuromediatorului de către enzima limitantă. În unele sisteme, o activitate electrică crescută poate accelera sinteza (exemplu: neuronii catecolaminergici). Se poate acționa și prin intermediul receptorului presinaptic, prin mecanismul retroreglator, pornind de la produsul excretat. Autoreceptorii (receptori situați pe elementul presinaptic) pot stimula sau inhiba sinteza, dar și eliberarea neurotransmițătorului. Agenți farmacologici pot acționa asupra autoreceptorilor pentru a bloca sau a stimula sinteza. Receptorii ca atare pot varia cantitativ la suprafața celulei, inducând o hipo- sau hipersensibilitate neuronală.

TEHNICI DE IDENTIFICARE A NEUROMEDIATORILOR. Pot fi utilizate cinci tehnici de identificare diferite.

Tehnici de detecție directe. Sunt tehnici morfologice care vizează identificarea neurotransmițătorilor sau a enzimelor care intervin în sinteza sa:

1) *histofluorescența*. Această tehnică constă în a forma cu catecolaminele derivați fluorescenți, ceea ce permite o cartografiere a căilor catecolaminergice. Este, de asemenea, posibilă utilizarea proprietăților de oxidoreducție a unor neuromediatori, făcând ca monoaminele să intre în reacție cu săruri metalice, dar această tehnică este prea puțin specifică;

2) *reacții imunologice*. Principiul este de a pune în prezență anticorpii specifici ai neuromediatorilor cu moleculele înseși sau cu enzimele care intervin în sinteza lor,

considerate în acest caz antigeni. Este o tehnică de vizualizare extrem de sensibilă. În felul acesta s-au putut detecta în celulele nervoase diferitele enzime de sinteză ale monoaminelor, stabilindu-se cartografia cerebrală a numeroși compuși (GABA, acetilcolină etc.);

3) *captarea*. Tehnicile morfologice utilizează, de asemenea, proprietățile de captare de către neuroni a neurotransmițătorilor în mediul extern. Într-adevăr, injectarea în spațiul extracelular a unui neuromediator de sinteză radioactiv permite apoi, în timpul trecerii acestuia în mediul intracelular, vizualizarea celulelor nervoase.

Tehnici de detecție indirecte. Există două tehnici principale: tehnicile biochimice și tehnicile electrofiziologice.

1) *Tehnicile biochimice* fac apel la reacții biochimice care se desfășoară în celulele nervoase. Este posibil să măsurăm densitatea neuromediatorului într-o celulă sau într-un constituent al acesteia (terminații axonale...), precum și concentrațiile precursorilor, ale enzimelor care intervin în sinteză, sau ale cataboliților neuromediatorului. În afară de aceasta, tehnica „binding"-ului sau marcarea receptorilor printr-un ligant permite analizarea densității receptorilor pe suprafața unui neuron, caracterizarea activității sale farmacologice sau a afinității față de produsele prezente în mod natural sau de sinteză. Prin această tehnică se pun în evidență substanțe capabile să mimeze activitatea neuromediatorului (agoniști) sau să îi împiedice acțiunea fiziologică (antagoniști). Există, în sfârșit, metode bazate esențialmente pe marcarea izotopică, permițând furnizarea de indicii asupra activității neuronilor (viteza de reînnoire a neuromediatorului, sinteza sa etc.).

2) *Tehnicile electrofiziologice* pot face apel la modificări de descărcare neuronală observate în urma administrării unor substanțe, a unor neuromediatori de sinteză și a unor ioni la periferie.

CARTOGRAFIA CEREBRALĂ A NEUROMEDIATORILOR. Cu ajutorul a diferite metode histologice a fost posibilă stabilirea precisă a localizărilor cerebrale a unor neurotransmițători. Sunt în curs de identificare și alte sisteme neuronale, unele dintre ele încă foarte slab cunoscute. Mai mult, neuromediatorii au repartiții neomogene.

Sistemul catecolaminergic

Calea noradrenergică. Principala inervație provine din locus coeruleus. Celelalte formațiuni care conțin corpii celulari ai neuronilor sunt regrupate la nivelul protuberanței și al bulbului rahidian. Se disting fascicule ascendente și fascicule descendente. Fasciculele ascendente se dirijează spre diencefal (hipotalamus, nucleii olfactivi, aria preoptică), spre ariile limbice, ca și spre hipocamp, amigdală, cortexul cerebral și nucleii rafeului. Fasciculele descendente sunt constituite de căile noradrenergice care se proiectează asupra cerebelului, formației reticulate bulbare sau în măduva spinării, printr-un cordon lateral.

Calea dopaminergică. Corpii celulari se găsesc îndeosebi la nivelul trunchiului cerebral și al mezencefalului, în substanța neagră și aria tegmentală ventrală. Aceste sisteme se proiectează la nivelul nucleului caudat, al putamenului și globus pallidus. Calea nigrostriată este importantă deoarece se referă la 2/3 din dopamina cerebrală. Celelalte sisteme inervează cortexul limbic, pornind de la aria tegmentală ventrală. Există, în sfârșit, două fascicule generate

în hipotalamus și care se proiectează, prin axoni scurți, fie în hipotalamusul însuși, fie la nivelul părții mediane a hipofizei (post-hipofiză).

Calea adrenergică. Există două grupuri de celule principale: un grup plasat lateral de oliva bulbară și un al doilea situat în partea dorsomediană a formației reticulate. Fasciculele inervează mezencefalul, talamusul și hipotalamusul.

Sistemul serotoninergic. Corpii celulari se află în partea de jos a trunchiului cerebral, în nucleii rafeului și se proiectează la nivelul ariei optice, a hipotalamusului, talamusului, amigdalei, cortexului cerebral, precum și în măduva spinării. Celulele serotoninergice sunt puțin numeroase: 30 000–40 000 în nucleii rafeului.

Sistemul colinergic. Nu-l putem localiza cu certitudine, dar pare implicat în calea habenulo-pedunculo-septo-hipocampică, în unele căi care se proiectează în cerebel, în amigdală, în unii interneuroni ai striatului și într-un grup de nuclei din globus pallidus, cu proiecție corticală.

Sistemul gabaergic. Nu există sistem bine localizat, deoarece corpii celulari se găsesc repartizați în întreg creierul, însă o concentrație mai puternică a GABA este decelabilă la nivelul substanței negre și al nucleilor profunzi ai cerebelului, fibrele proiectându-se în putamen, globus pallidus, nucleul accumbens. Se observă foarte adesea o buclă funcțională între sistemul ascendent dopaminergic și cel descendent gabaergic. În afară de aceasta, 30% din ansamblul terminațiilor neuronale cerebrale funcționează cu GABA ca neuromediator.

Acidul glutamic și acidul aspartic: moleculele lor ar fi implicate în neurotransmisia la nivelul hipocampului, al cerebelului și la nivel cortical (spre talamus și corpii striați).

Sistemul peptidergic. Majoritatea căilor acestui sistem sunt incomplet cunoscute sau încă neidentificate. Cea mai bine definită este substanța P: corpii celulari formează neuroni scurți mai degrabă decât proiecții difuze, îndeosebi cu interneuroni. Substanța P ar fi localizată mai ales la nivelul hipotalamusului, talamusului, ganglionilor bazali, substanței negre și al cordonului posterior al măduvei. Alți neuroni și-ar avea proiecțiile în nucleul interpeduncular, dublând calea colinergică.

Peptidele opioide: beta-endorfina ar fi prezentă mai ales în hipotalamus și ar inerva sistemul limbic și mezencefalul. Peptidele hipotalamice își exercită acțiunea trecând în hipofiză (vazopresina, angiotensina, prolactina etc.). Somatostatina este prezentă în hipotalamus, ganglionii bazali și cortex, ca și colecistokinina.

ASPECTE NEUROFARMACOLOGICE ALE ACȚIUNII ASUPRA NEUROMEDIATORILOR. Prin acțiunea unor substanțe farmacologice pot fi perturbate toate fazele metabolismului neuromediatorilor. Prin inhibarea competitivă a precursorului (triptofan, de exemplu, cu ajutorul leucinei) se poate acționa asupra primelor stadii ale sintezei. La fel, alfa-metilparatirozina blochează sinteza catecolaminelor. Rezerpina provoacă o depleție a veziculelor catecolaminergice. În ceea ce privește sistemul colinergic, hemicolina poate inhiba sinteza acetilcolinei. Numeroase substanțe farmacologice pot interveni și asupra receptorilor, fie ca agoniști, fie ca antagoniști (pilocarpina, antagonist pentru neuronii colinergici). În ceea ce privește sistemele catecolaminergice, receptorii alfa sunt blocați de clonidină, receptorii beta de betablocanți (propanolol...). Pentru opiacee, morfina poate juca un rol de agonist, în timp ce

naloxona este un antagonist specific. Unele substanțe pot, de asemenea, să acționeze în sensul inactivării neurotransmițătorilor.

Inhibitorii moroaminoxidazei (deprenil) pot inhiba enzima de degradare a catecolaminelor. Pornind de la aceste substanțe, de altfel, s-au putut distinge clase de produse care interferează cu neuromediatorii: neurolepticele, antagoniști ai receptorilor dopaminergici presinaptici eliberează astfel dopamina, prin anularea retrocontrolului. Ele au o acțiune antipsihotică, permițând utilizarea lor în psihozele acute sau cronice. Antidepresorii, inhibitori ai degradării monoaminelor (IMAO) sau blocanți ai recaptării (antidepresori triciclici), sunt utilizați în cazul depresiei pentru a stimula psihismul și a ameliora dispoziția. Psihostimulentele activează funcția catecolaminergică. Cele mai cunoscute sunt amfetaminele, cu acțiune stimulatoare pentru memorie, oboseală etc.

ASPECTE FIZIOPATOLOGICE. Neurotransmițătorii intervin în controlul tuturor comportamentelor umane.

Monoaminele. Acești neuromediatori sunt implicați în comportamentele motorii, în executarea mișcărilor. În boala Parkinson, o degenerare a substanței negre provoacă o prăbușire a dopaminei, ducând la rigiditate, la tremurături, la akinezie. Administrarea de L-dopa permite corectarea cvasitotală a tulburărilor.

În patologia depresivă, unele depresii par a fi legate de o funcționare anormală a sistemelor aminergice centrale. Această ipoteză se bazează pe succesul inhibitorilor monoaminoxidazei în această patologie, sugerând o hipofuncționare a sistemului catecolaminergic în depresie. La fel, toate triciclicele acționează în același sens, inducând recaptarea monoaminelor. Alte substanțe, cum este clonidina, agonist a receptorilor alfa 2 adrenergici, au o acțiune depresivă, pe când yohimbina (antagonist al receptorilor alfa 2 presinaptici) are o acțiune antidepresivă.

Monoaminele par să aibă un rol în patologia schizofrenică, cum ne-o atestă, pri efect indirect, acțiunea pozitivă a neuro lepticelor, dar rolul lor este prea puț cunoscut. Mai mult, monoaminele par im plicate în reglările hormonale (inhibare secreției de prolactină, prin dopamină). Este, de asemenea, evocată intervenția lo în memorizare și atenție.

Acetilcolina joacă un rol important comportamentul motor. În patologie, miaste nia, boala imunologică ce duce la distru gerea receptorilor nicotinici ai joncțiunilo neuromusculare, conduce la o fatigabilitat majoră și invalidantă. Mecanismele colin nergice intervin, de asemenea, în învățar și memorizare. Scopolamina, antagonist a acetilcolinei, are un efect amneziant la ani mal, pe când fizostigmina (agonist) favo rizează învățarea. În patologie, boal Alzheimer se însoțește cu o puternică re ducere a activității colinergice. În pla clinic, această boală afectează mai ales, în mod progresiv, funcțiile cognitive.

Sistemul gabaergic. Reducerea activității sistemului este implicată în pertur bările biochimice care însoțesc coree Huntington.

Sistemul peptidergic. Acest sistem este implicat în transmisia de mesaje dureroase, mai precis, în raport cu substanța P și sistemul enkefalinergic.

Bibl.: Collu, R. et alii, *Brain Neurotransmitters and Hormones*, Raven Press, New York, 1982.

NEUROPEPTIDĂ (engl. *neuropeptide*). **Moleculă protidică implicată în funcționarea sistemului nervos.**

Descoperirea, în cursul anilor '70, a unor proteine ale creierului și hipofizei al căror efect îl reproduce pe acela al morfinei (endorfinele) a suscitat un ansamblu de cercetări, azi în plină expansiune. Dar ideea unei modulări a funcțiilor cerebrale cu ajutorul unor molecule peptidice a fost sugerată deja de efectul unei ablații de țesut hipofizar asupra dobândirii de reflexe condiționate de evitare la șobolan (N. Applezweig și M. Baudry, 1955). Administrarea de peptide hipofizare permite corectarea acestui deficit. Aceste peptide, mai ales hormonul adrenocorticotrop (ACTH) și vasopresina, influențează, de asemenea, comportamentul animalelor care nu au suferit în prealabil nici o manipulare experimentală. Acest tip de experiență și administrarea de fragmente sintetice care reproduc unele secvențe de aminoacizi ai peptidelor naturale au condus la ideea că efectul comportamental al acestor compuși, cunoscuți în majoritatea lor ca hormoni, nu trece prin clasica lor acțiune endocrină. Mici fragmente din acești compuși, lipsite de orice acțiune hormonală, exercită, de fapt, o acțiune asupra comportamentului.

Se știe în prezent că hormonii hipofizari și numeroase alte peptide găsite în țesuturile periferice, ca, de exemplu, în tubul digestiv, pot fi sintetizate și în creier. Ele formează căi de neurotransmisie zise „peptidergice", alături de clasicele căi de transmisie monoaminergice. Neuropeptidele se caracterizează prin marele număr de agoniști care posedă o structură similară. Acești omologi pe plan structural pot complica sarcina cercetătorilor, care au recurs esențialmente la metode imunocitochimice și de *binding* (legătură) la pozițiile moleculare, spre a studia aceste structuri noi. O atare organizare dovedește, poate, modul în care evoluția a reglementat problema complexității crescânde a sistemelor nervos și endocrin și a interacțiunilor lor. Pe de altă parte, neuropeptidele și monoaminele sunt adesea „colocalizate" în aceiași neuroni și eliberate în același timp în fanta sinaptică, ca în cazul dopaminei și colecistokininei.

Neuropeptidele fiind neurotransmițători, eventualul lor efect terapeutic a fost studiat pe modelul psihotropelor care afectează neurotransmisia monoaminergică. În sprijinul acestor ipoteze, cercetări contradictorii au arătat o creștere sau o scădere a proporției de endorfine în schizofrenie.

Un derivat al endorfinelor, detirozingama-endorfina, ar avea proprietăți antipsihotice, potrivit unei întregi serii de studii olandeze, care totuși nu au fost confirmate de alte echipe. Noi neuropeptide sunt descoperite în fiecare an. Funcțiile lor rămân încă slab cunoscute, dar s-ar putea ca în anii ce vin să se ajungă la o mai bună cunoaștere a substratului biologic al maladiilor mentale și a aplicațiilor terapeutice.

NEUROPSIHIATRIE (engl. *neuropsychiatry*). **Psihiatrie în măsura în care este considerată o patologie a sistemului nervos central, indisociabilă de neurologie.**

Termenul de *neuropsihiatrie* a fost mult timp utilizat pentru a califica psihiatria și, de altfel, până în 1968, neurologii și psihiatrii au fost reuniți, în Franța, în aceeași specialitate. Tulburări neurologice și psihiatrice sunt uneori întrețesute: parkinsonienii, de exemplu, suferă adesea de tulburări depresive. Așadar, ne putem reprezenta neuropsihiatria ca pe o ramură a ceea ce anglo-saxonii numesc „psihiatrie organică" (W.A. Lischman), atunci când tulburările psihiatrice sunt asociate cu o patologie somatică foarte precisă. Ea se deosebește de curente de gândire ca psihanaliza, în

care sistemul nervos central, chiar dacă locul său nu este negat, nu are un rol fundamental în articularea cunoștințelor. Definirea neuropsihiatriei ne obligă să precizăm etapele de dezvoltare istorică a unei discipline care insistă asupra aspectelor somatice ale bolii mintale.

NEUROANATOMIE, AGENȚI INFECȚIOȘI ȘI CERCETĂRI ORGANICE.

În Franța. În secolul al XIX-lea, legea din iunie 1838, stabilind modalități de internare, determina crearea de stabilimente specializate. Alieniștii puteau acum să studieze la pacienții lor bolile așa cum o făceau celelalte discipline medicale și cu metode echivalente. Acel curent organicist s-a preocupat de nosografie, descriere adesea minuțioasă a afecțiunilor observate, bazată pe fiziologie. Pentru un anatomofiziolog ca F.X. Bichat (1771–1802), maladiile se datorează unor leziuni tisulare. Dacă F.J.V. Broussais (1772–1838) insistă asupra rolului inflamației (*Traité de l'irritation et de la folie*, 1828–1829), el caută să-și sprijine teoriile pe studii anatomice. Dincolo de anatomie, progresele metodelor de laborator fac de acum posibile cercetările microscopice. Metoda anatomoclinică (proslăvită de R. Virchow [1821–1902] caută să facă să corespundă o leziune tisulară unei maladii, ba chiar unui semn zis „patognomonic", caracteristic pentru acea maladie.

Psihiatria trebuia să se mulțumească a descrie sindroame, fără a le găsi bazele organice, când, în 1822, A.-L. Bayle descoperă că o meningită cronică stă la originea unei afecțiuni care începe printr-o monomanie cu delir de grandoare, care evoluează spre o manie, apoi spre o demență, sfârșind cu moartea. A. Fournier (1879) recunoaște natura sifilitică a acestei maladii, paralizia generală. Noguchi (1913) identifică drept responsabilă treponema pallidum. Această afecțiune, devenită foarte rară de când sifilisul este tratat cu succes cu antibiotice, va servi multă vreme drept model organiciștilor. Mai târziu, encefalita epidemică descrisă de C. von Economo (1917), aflată la originea a numeroase stări psihotice, face să apară rolul factorilor virali. Cu toate acestea, cazurile menționate vor rămâne izolate în istoria marilor sindroame psihiatrice.

În paralel, pe urmele lui F. Gall (1758–1828), se dezvoltă ideea de localizări funcționale cerebrale: creierul este compus dintr-o juxtapunere de centri care pot fi stimulați sau distruși în mod experimental. Afecțiunile mentale ar depinde nu numai de un proces fiziopatologic, ci și de structuri cerebrale bine definite. P. Flourens (1794–1867) practică printre primii experimentări pe sistemul nervos la animale. Anatomiștii descriu lobii și circumvoluțiile creierului. În 1861, P. Broca demonstrează că o funcție poate fi vătămată de o leziune specifică a creierului: afazia, tulburare de limbaj, este rezultatul unei leziuni în lobul frontal al emisferei stângi. Mai târziu, Broca localizează „centrul limbajului" în cea de-a treia circumvoluție frontală stângă și definește noțiunea de emisferă dominantă: emisfera stângă la dreptaci și cea dreaptă la stângaci. Sunt descrise ariile motorii, senzitive, senzoriale (auditivă, vizuală), ca și ariile nespecifice, zise „asociative", constituind o adevărată hartă a creierului. Patologia limbajului este precizată. Dacă vătămarea emisferei dominante se referă la regiunea descrisă de Broca, afazia privește exprimarea orală; dacă leziunea se situează la nivelul intersecției parieto-temporo-occipitale (C. Wernicke, 1874), afazia privește înțelegerea. Alături de afazie*, tulburare a vorbirii, se definesc

tulburări ale cititului (alexie*) și scrisului (agrafie*).

În străinătate. În Germania, psihiatrii organiciști („*Somatiker*") se ridică împotriva moștenitorilor tradiției romantice, partizani ai unei explicații pur psihologice a tulburărilor („*Psychiker*"). W. Griesinger (1817–1868), apoi K. Westphal (1833–1890), la Berlin, nu concep maladie mentală în afara unei leziuni a sistemului nervos. Psihiatrii sunt și anatomiști. T. Meynert (1833–1892), la Viena, descrie diferitele straturi celulare ale cortexului și dă o bază organică clasificării maladiilor mentale. Elevul său C. Wernicke (1848–1905), care a descris o formă de afazie, distinge mai multe tipuri de psihoze, după calea de asociație cerebrală vătămată. Acest punct de vedere riguros anatomic nu va rezista decât rareori experienței. În 1887, S. Korsakov observă totuși un sindrom caracterizat de o amnezie de fixație și de o dezorientare, compensate de confabulație și însoțindu-se de leziuni ale sistemului nervos periferic, de tipul polinevritei membrelor inferioare. Acest tablou, întâlnit îndeosebi la alcoolici, corespunde unei leziuni bilaterale a unor nuclei subcorticali: corpii mamilari. De asemenea, A. Alzheimer (1906) descrie leziunile parieto-temporo-occipitale ale demenței presenile, iar A. Pick (1892) atașează numele său unui tip mai rar de demență, caracterizată printr-o atrofie frontală. Aceste trei maladii, al căror suport anatomic este cunoscut, dar a căror etiologie rămâne ipotetică, sunt diagnosticate și azi. Ele aparțin, la drept vorbind, atât domeniului neurologului, cât și aceluia al psihiatrului.

TEORIA ORGANODINAMICĂ. În locul marilor entități psihiatrice, concepții mai puțin localizaționiste au prevalat în secolul XX, ca teoria „organodinamică" a neurologului britanic J.H. Jackson (1834–1911) și a psihiatrului francez H. Ey (1900–1977) sau chiar teoria mai fiziologică a lui I.P. Pavlov (1849–1936). Pentru Ey, maladia corespunde unei destructurări de funcții psihice ierarhizate. Un proces organic este presupus a fi la originea acestei disoluții, proces care determină o regresiune la un nivel de funcționare inferior. Legătura cu neurologia este menținută: o disoluție parțială conduce la tulburări neurologice localizate, pe când în psihiatrie această disoluție este globală.

DEGENERESCENȚA. Unii organiciști, sub influența lui Ch. Darwin, au insistat, pe urmele lui B.A. Morel (1809–1873), asupra caracterului „evoluționist" al personalității. Maladia mentală ar exprima o degenerescență, „deviația în raport cu tipul uman normal, care este transmisă ereditar și care se agravează puțin câte puțin, până la extincția familiei". Rezultând din cauze variate, care pot fi organice, dar și morale sau sociale, degenerescența dobândită devine transmisibilă. Consecința sa cea mai bine cunoscută ar fi „demența precoce", care va fi mai târziu numită „schizofrenie". V. Magnan (1835–1912) reia teoriile lui Morel. El descrie mai multe tipuri de degenerescență, care se manifestă prin stigmate morale și fizice. Pe acest teren predispus survin accidente psihopatologice tranzitorii, ca accesele delirante ale degeneraților. Literatura naturalistă, cu romanele lui Zola și ale fraților Goncourt, criminologia, cu Lombroso, reiau această idee a unui atavism și a stigmatelor degenerescenței.

Anomalii ereditare, congenitale sau dobândite de timpuriu, pot determina un dezechilibru constituțional al funcțiilor psihice. E. Dupré (1862–1921) descrie astfel „constituții" apropiate de temperamentele

hipocratice. Teoria degenerescenței introduce noțiunea de evoluție diacronică, mai avansată decât simpla localizare cerebrală a funcțiilor, dar în același timp ideea unei ereditări ineluctabile.

INFLUENȚA PSIHOPATOLOGIEI. Th. Ribot (1839–1916) a creat o școală de psihopatologie care nu este strict medicală, paralelă cu tradiția psihiatrică. Până la sfârșitul celui de al doilea război mondial, înaintea individualizării studiilor de psihologie, psihopatologia a fost predată la facultatea de litere ca o disciplină filosofică. G. Dumas (1866–1946) și A. Binet (1857–1911) la Sorbona, P. Janet (1851–1947) la Collège de France au influențat neuropsihiatria prin modul lor de abordare a maladiei mentale, abordare mai mult sintetică decât analitică, raționalistă și adesea experimentală, multă vreme critică cu privire la tezele psihanalitice.

În Germania, E. Kretschmer (1888–1964) încearcă să stabilească corelații între tipuri psihologice și caracteristici constituționale organice. Spre deosebire de tentativele anterioare, tipologia lui Kretschmer nu pornește de la idei preconcepute, ci se bazează pe studierea clinică a unei populații de bolnavi ale căror caracteristici psihologice și corporale sunt cu grijă repertoriate. Factorii umorali joacă un rol important. Nu sunt căutate localizări cerebrale. Psihiatrii contemporani au prezent în spirit tipul leptozom al schizofrenului sau tipul picnic al maniaco-depresivului, așa cum le-a descris Kretschmer. I se datorează, de asemenea, ideea unor grade intermediare între normal și patologic: înaintea schizofreniei există un tip schizotim, apoi un tip schizoid. Kretschmer face apel la metode statistice și de psihologie experimentală, ca tahistoscopia.

DOI PRECURSORI AI DSM-III. Pe
E.Kraepelin (1856–1926), care a influe
puternic psihiatria anglo-saxonă, psihi
trebuie să știe să recunoască semnele ob
tive utile pronosticului în cazul maladi
mentale. Kraepelin se referă la mod
paraliziei generale. El rămâne descripti
nu se întemeiază pe o teorie ca acee
degenerescenței. Concepțiile sale au p
fi astfel reluate de DSM-III, clasifi
modernă și, în principiu, ateoretică
maladiilor mentale propusă de psihi
americani (→ DSM-III).

K. Schneider (1907–1967) a influen
de asemenea, DSM-III prin diferenție
între simptome de primul și de al do
rang. Numai simptomele de primul r
sunt esențiale pentru diagnosticul schi
freniei. Pacientul poate astfel prezenta
tip special de halucinații auditive, apropi
de automatismul mental al lui G. de C
rambault; el se crede deposedat de propri
sale idei și simte că i se impun idei străi
ca în sindromul de influență al școlii fr
ceze. Chiar dacă K. Schneider recunoa
originea organică a maladiilor mentale,
își întemeiază clasificarea pe descrie
simptomatologiei.

PSIHOFARMACOLOGIA. W. May
Gross, în Germania, apoi în Marea Bi
tanie, a introdus psihofarmacologia exp
rimentală în mediul psihiatric engl
dominat de organicismul lui H. Maudsl
(1831–1910). În Franța, I. Delay (190
1987) și P. Deniker rămân inițiatorii psih
farmacologiei, care modifică comportam
tele acționând asupra sistemului nerv
central și ale cărei progrese au condus
dezvoltarea actuală a neuroștiințelor.

PSIHIATRIA BIOLOGICĂ AZI. E
astăzi psihiatria biologică moștenitoa

neuropsihiatriei? Dacă unii autori, ca N. Andreasen în Statele Unite, încă mai apără ipotezele neuroanatomice, în special pentru schizofrenie, pornind de la rezultate ale imageriei cerebrale (camera cu pozitroni, rezonanță magnetică nucleară), psihiatria s-a îndepărtat de neurologie. Interesul s-a deplasat asupra studiului transmisiei neuronale și al receptorilor la un nivel fundamental, chiar dincolo de modelele de comportament animal necesare studierii psihotropelor. În consecință, neurobiologia riscă să piardă contactul cu realitatea maladiei mentale, iar mulți psihiatri sunt tentați de o întoarcere la clinică, respectând în același timp regulile de rigoare metodologică a căror necesitate au demonstrat-o neuroștiințele.

Bibl.: Frazer, A., Winokur, A., *Biological Bases of Psychiatric Disorders*, Spectrum, New York, 1977; Snyder, S.H., *Biological Aspects of Mental Disorder*, Oxford University Press, New York, 1980.

NEUROPSIHOIMUNOLOGIE (engl. *neuropsychoimmunology*). **Studiu al relațiilor dintre sistemul imunitar și sistemul nervos central (S.N.C.) în diverse stări psihologice și psihopatologice.**

Până nu demult, sistemul imunitar era considerat ca autoreglat, controlându-și propria-i homeostazie. Diverse observații au dus la luarea în considerare a proceselor de interacțiune între, pe de o parte, S.N.C., ca și, de altfel, unele axe hormonale și, pe de altă parte, sistemul imunitar: se vorbește de neuroimunomodulație. Limfocitele posedă receptori specifici pentru neurotransmițători, hormoni și neuropeptide. Ele sunt capabile să producă hormoni, îndeosebi proopimelanocortină, precursor al A.C.T.H. Or, A.C.T.H. intervine în procesele depresive și anxioase. Psihiatria dispune astfel de instrumente noi, care permit explorarea mai multor tipuri de patologie, dintr-un unghi original.

DEPRESIE ȘI STRES. Stările depresive și modelele de stres au fost cele mai studiate. Astfel, R. Bartrop și colaboratorii săi (1977) au demonstrat, într-o cercetare controlată, că o situație de doliu determină în același timp cu o stare depresivă o alterare funcțională a limfocitelor T supresoare. Aceste limfocite au un rol important în fenomenele de cooperare celulară, modulând în special producția de anticorpi de către limfocitele B. Într-un studiu longitudinal care prospectează evoluția a diferiți parametri imunitari la soții femeilor care suferă de cancere mamare într-un stadiu avansat, echipa lui M. Stein a stabilit că reactivitatea limfocitelor la diferiți compuși mitogeni, ca fitohemaglutinina (P.H.A.), diminuează după decesul soției.

Cu toate că un deficit al imunității celulare nu a fost întotdeauna găsit în alte situații de depresie majoră (M. Albrecht și colab., 1985), majoritatea cercetărilor raportează anomalii care nu se explică prin stresul spitalizării (S. Schleifer și colab., 1985) și care par legate de severitatea depresiei. Schleifer și colab. (1989) nu au găsit anomalii la testele de proliferare a limfocitelor stimulate de mitogene, nici în numărul diverselor populații limfocitare și nici în activitatea NK (celule naturale ucigașe), contrar rezultatelor precedente. Cu toate acestea, depresivii nu se comportă normal: nu găsim la ei creșterea răspunsului proliferativ și a numărului de limfocite T4 observată o dată cu îmbătrânirea la subiecți-martori sănătoși. Încă neînțelese cum se cuvine, aceste alterări ale funcției imunitare sunt de comparat cu

constatarea unei mortalități și morbidități mai ridicate la depresivi.

SCHIZOFRENIE. O diminuare a capacității de răspuns imunitar a fost raportată și în schizofrenie. Proporția unor imunoglobuline în plasmă sau în lichidul cefalorahidian ar fi ridicată. S-au observat anomalii ale unor subpopulații limfocitare. Rezultatele rămân mai contradictorii decât în stres, doliu sau depresie, dar viitorul va putea fi promițător în măsura în care schizofrenia este o afecțiune cronică mai lesne de caracterizat pe plan clinic.

Pe de altă parte, în cazul schizofreniei au fost evocate mecanisme autoimune: istoria sa naturală, baza sa genetică, posibila asociere cu anumite specialități ale sistemului H.L.A., creșterea proporției de anticorpi antinucleari, antilimfocite T sau anti-creier pledează pentru o asemenea ipoteză. Variabilele nespecifice, cum sunt tratamentele cu neuroleptice responsabile de reacții autoimune, trebuie să fie controlate. Într-o populație de schizofrenici în mod strict netratați s-a constatat recent o scădere a interleukinei 2 (I.L.2), mediator fundamental al cooperării celulare în sistemul imunitar (F. Villemain și colab., 1989) și o creștere a receptorilor la I.L. 2 (M. Rapaport și colab., 1989), ceea ce orientează către o perturbare a reglării imunitare în schizofrenie.

ALTE AFECȚIUNI. În demență, dată fiind prezența unor leziuni organice, problema s-a pus mai simplu: plăci senile și degenerescență neurofibrilară, unde au fost găsiți factori serici. Ansamblul maladiilor psihosomatice, cancerele și în prezent SIDA aparțin, de asemenea, neuropsihoimunologiei, în măsura în care factorii psihologici apar ca determinanți. Imunologia ar putea astfel juca rolul pe care farmacologia l-a jucat în ultimele trei decenii în dezvoltarea psihiatriei biologice.

Bibl.: Villemain, F., *Stress et immunolog*, P.U.F., Paris, 1989.

NEUROPSIHOLOGIE (engl. *neur psychology*). **Știință care încearcă stabilească un raport inteligibil în procesele psihologice superioare și fun ționarea cerebrală.**

Neuropsihologia umană se întemeia în principal, pe studiul tulburărilor psih logice care survin după o leziune cerebr neuropsihologia animală a recurs la expe mentare (ablații, stimulări electrice, mo ficări farmacologice etc.).

Neuropsihologia se găsește la un fel răspântie a două mari grupe de disciplin pe de o parte, neuroștiințele*, care caută elucideze logicile funcționării cerebrale, și structurile fizice și mecanismele b logice care le realizează, iar, pe de parte, psihologia, care se străduiește înțeleagă logica și organizarea operații mentale și a comportamentului. În dem sul său interpretativ și în metodele de cer tare, neuropsihologia este în prezent puter influențată de psihologia cognitivă, psih lingvistică și inteligența artificială.

Ca subdiscipline, vom semnala *neur psihologia developmentală*, al cărei obie tiv este relaționarea fenomenelor maturație și de senescență cerebrală evoluția conduitelor în cursul vieții, *neuropsihologia reeducativă*, care urm rește remedierea consecințelor invalidan ale vătămărilor cerebrale.

Poziția de frontieră a neuropsihologi la interfața științelor biologice și a științel psihologice, are drept consecință existen unor nuanțe în obiectivele de cercetar

Astfel, cercetătorii orientați cu precădere spre științele neurobiologice se străduiesc, în primul rând, să determine fundamentele neurobiologice ale proceselor cognitive; ei constituie curentul *neuroștiințelor cognitive*. Acest curent face eforturi nu numai de a stabili corelatele neurobiologice ale proceselor cognitive (mai ales localizarea acestora), ci și de a înțelege logica funcționării lor. În acest scop, cercetătorii pot elabora și stimula modele teoretice ale funcționării unor ansambluri neuronale capabile să susțină procesele cognitive (model neuromimetic). În acest curent de cercetare se exploatează la maximum tehnicile de imagerie funcțională cerebrală, spre a se analiza anumiți parametri ai funcționării creierului în timpul realizării unor activități cognitive precise. Cercetătorii mai orientați către psihologia cognitivă studiază tulburările psihologice în scopul mai bunei înțelegeri a funcționării mentale normale. Două postulate principale animă această direcție de cercetare: acela al *modularității*, care semnifică independența funcțională a diferitelor componente ale arhitecturilor cognitive, și acela al *transparenței*, care sugerează că tulburările neuropsihologice sunt rezultatul funcționării normale a sistemelor cognitive amputate de una sau mai multe subcomponente. Prin selectivitatea lor, tulburările neuropsihologice (disocierile) dau în vileag, într-un mod negativ, structura normală a arhitecturilor cognitive. Neuropsihologia se transformă în acest caz într-un fel de psihopatologie a cogniției. Acest travaliu de fragmentare a proceselor mentale se poate face și la subiectul normal, beneficiindu-se de pe urma organizării încrucișate a sistemelor aferente și eferente, care permite analiza contribuțiilor specifice ale fiecărei emisfere cerebrale în realizarea diverselor activități cognitive.

Aceste două curente ale cercetării nu sunt totuși disjuncte, iar obiectivul final al disciplinei rămâne acela de a înțelege funcționarea cerebrală în raporturile sale cu funcționarea mentală. → AFAZIE; AGNOZIE; APRAXIE; NEUROȘTIINȚE; TULBURĂRI DE LIMBAJ.

Bibl.: Beaumont, J.G., *Introduction to Neuropsychology*, Blackwell, Oxford, London, 1983; Grossberg, S., *The Adaptive Brain*, 2 vol., North Holland, Amsterdam, New York, Oxford, 1987; Hécaen, H., *Introduction à la neuropsychologie*, Larousse, Paris, 1972.

NEUROȘTIINȚE (engl. *neurosciences*). **Discipline reunite în jurul unui obiect unic: sistemul nervos.**

Termenul de *neuroștiințe* nu a fost introdus decât spre sfârșitul anilor '60. El desemnează studiul sistemului nervos la nivel molecular, biochimic, celular, la nivelul funcționării sale, precum și în formele sale cele mai elaborate (limbaj, rezolvarea de probleme, dobândirea de cunoștințe etc.). Neuroștiințele au permis cooperarea cercetătorilor din discipline care până atunci erau foarte compartimentate. Dezvoltarea lor se datorează în mare parte progreselor considerabile realizate în ultimii ani în analiza moleculară, celulară și intracelulară a sistemului nervos, ca și în studiul comportamentelor. Recent au apărut interrelații fructuoase ale neuroștiințelor cu științele cognitive; interfața celor două ansambluri de discipline a luat numele de *neuroștiințe cognitive*.

Bibl.: Assotiation de la psychologie de langue française, *Psychologie et Cerveau. Symposium 1987, Toulouse*, P.U.F., Paris, 1990; Collectif,

Progress in Neurosciences, W.H. Freeman, New York, 1986.

NEUROTRANSMIȚĂTOR (engl. *neurotransmitter*). **Sinonim al termenului neuromediator.**

NEVROPATIE (engl. *neuropathy*). **Ansamblu variabil de tulburări minore ale personalității, care pot să aparțină simptomatologiei nevrozelor, iar uneori chiar psihozelor, nedeterminând o maladie mentală veritabilă.**

Termenul nu mai este utilizat decât în domeniul literar, unde se va vorbi de „nevropați" în descrierea unor personaje originale, care au un caracter nevrotic sau psihotic.→ NEVROZĂ; PSIHOZĂ.

NEVROZĂ (engl. *neurosis*). **Maladie mentală despre care subiectul rămâne dureros de conștient și care, în pofida tulburărilor permanente de personalitate pe care le poate determina, nu vatămă profund funcțiile esențiale.**

Tulburările nevrotice sunt extrem de frecvente (aproape 12% din populație ar fi nevrotică) și se repartizează în cinci mari categorii:

1) tulburări anxioase, panice și fobice (anxietate, accese de panică, agorafobie, fobii simple și fobii sociale);

2) tulburări obsesiv-compulsive (T.O.C.);

3) tulburări isterice (cu conversii somatice);

4) tulburări somatoforme (în afara conversiilor) și ipohondrie;

5) tulburări depresive și reacționale la stres.

APARIȚIA CONCEPTULUI DE NEVROZĂ ȘI PRIMELE EVOLUȚII. Termenul de *nevroză* va fi în mod treptat deturnat de la sensul său inițial, în cursul evoluției sale istorice. Creat de un profesor de medicină din Edinburg, W. Cullen, în 1769, spre a defini ansamblul maladiilor nervoase, a afirma originea lor organică și a da un cadru nosologic specific neurologiei născânde, termenul va acoperi progresiv domeniul afecțiunilor mentale a căror cauzalitate psihogenă este din ce în ce mai evidentă: în primul rând tulburările de intelect, adică întreg domeniul nebuniei, al psihozelor; apoi psihonevrozele, de unde apar, ca figuri dominante, pe de o parte isteria, iar pe de alta, nevroza obsesională, cărora S. Freud le va da statutul nosografic definitiv.

În primul rând cu P. Pinel, mare cititor al lui Cullen (a tradus îndeosebi ale sale *Elemente de medicină practică*, în 1785), clasa nevrozelor din a sa *Nosografie filosofică* (1797) regrupează atât maladii neurologice organice, cum sunt afecțiunile comatoase sau apoplexia cerebrală, cât maladiile care țin pentru el de cauze morale, cum sunt „afecțiunile ipohondrice și melancolice și chiar mania", ca și isteria și somnambulismul. Dar mai ales, la mijlocul secolului al XIX-lea, o dată cu progresele medicinei anatomopatologice vor fi puțin câte puțin îndepărtate din nevroze toate afecțiunile neurologice specifice, ca paralizia agitantă, devenită boala Parkinson, sau scleroza laterală amiotrofică, ce va fi studiată și definitiv descrisă ca o entitate neuropatologică precisă, de către J. M. Charcot.

Dar aceste descoperiri vor rămâne limitate și nu vor sărăci câtuși de puțin marele capitol al nevrozelor, debara mai mult sau mai puțin heteroclită, cu care, în general, se încheie orice tratat de medicină care apare în secolul al XIX-lea. Căci nevrozele se defineau atunci mai ales prin

caracterele lor negative: stări morbide, dar în general fără febră (apiretice), fără leziune precizată, nedeterminând modificări profunde și definitive, având o evoluție greu previzibilă, ca să nu spunem imprevizibilă. Vătămarea inteligenței, a sensibilității, a motilității este mereu incompletă, parcelară, fugară. Această definiție plină de reticențe este chiar aceea așternută de penița lui A. Axenfeld, în al său *Traité des névroses*, apărut în 1867. El scrie aici: „Întreaga clasă a nevrozelor a fost întemeiată pe o concepție negativă; ea este negată din ziua în care anatomia patologică, însărcinată să explice bolile prin alterarea organelor, s-a găsit în fața unui număr de stări morbide a căror rațiune de a fi îi scăpa." În fața eșecului anatomiei patologice, era ispititor să se caute o vătămare pur funcțională. Deja A. Foville a vorbit despre o localizare care nu ar fi anatomică, ci pur fiziologică. Dar mai ales Charcot va încerca să precizeze tulburările funcționale ale isteriei și, în fața eșecului său, elevii săi F. Raymond și P. Janet vor orienta cercetările spre o cauzalitate psihologică a nevrozelor. O dată cu ei apare, într-adevăr, termenul de *psihonevroză*, care marchează o cotitură decisivă în evoluția conceptului nosologic așa cum va fi el înțeles de S. Freud și de psihanaliști, care îi vor centra originea în noțiunea de conflict intrapsihic.

EVOLUȚIA CONCEPTULUI DE NEVROZĂ. Elev și succesor al lui Charcot la Salpêtrière, F. Raymond, în articolul său „Nevroză și psihonevroză" din *Tratat de psihologie patologică*, coordonat de A. Marie, urmărește evoluția conceptului nosografic. Deși recunoaște că nevrozele sunt „maladii fără leziuni cunoscute", el crede totuși că la originea acestor maladii, pe care magistrul său le califica drept „dinamice" sau „funcționale" — în opoziție cu maladiile neurologice organice, ale căror leziuni sunt bine cunoscute și limitate în aspectele lor anatomopatologice cele mai precise — se pot găsi modificări cerebrale de ordin chimic. Dar el admite că, pe un plan clinic mai concret, ele par să depindă de perturbări esențialmente psihologice, cel puțin la nivelul simptomelor, care, în esență, afectează funcțiile psihice: „Dacă modificările caracterului și intelectului au fost dintotdeauna relevate printre simptomele marilor nevroze, numai recent atenția neurologilor și alieniștilor s-a îndreptat, în mod cu totul deosebit, către cercetarea aprofundată a tulburărilor psihice [...] și [...] numeroase lucrări, consacrate stării mentale în diferitele nevroze, au ca rezultat reliefarea perturbării afectivității și inteligenței, iar astăzi se admite în mod general că elementul psihic joacă în marile nevroze rolul primordial".

Tocmai în funcție de această psihogeneză recunoscută în faptele clinice, dacă nu în teoria patogenică, Raymond propune să nu mai fie numite „nevroze", ci „psihonevroze". El lua acest termen din nosologia germană și îndeosebi de la R. Krafft-Ebing, care o utiliza din plin, dar într-o concepție extrem de extensivă, deoarece el acoperea practic întreg domeniul psihozelor, adică al fostelor tulburări de intelect. Pentru Raymond, chiar dacă unele mari nevroze nu sunt prea departe de psihoze (ca cel *„délire de toucher"* al marilor fobici), trebuie să ne ferim de această confuzie: „Suntem încredințați că, dacă psihonevrozele se apropie prin multe aspecte de tulburările de intelect, ele se și deosebesc prin caracteristici importante. Simptomele psihice sunt aici mai dezvoltate decât în nevrozele simple sau

parțiale, dar sunt mai puțin accentuate și mai puțin constante decât în tulburările de intelect; delirul, mai ales, nu este aici decât un episod accidental și tranzitoriu, pe când în tulburările de intelect este regulă."

În pofida efortului de a face distincție între cele două grupuri morbide, termenul va întreține confuzia regretată de Raymond. Pe de o parte, prefixul „psiho-" conotează o etiologie și o patogenie psihologice. Este semnificația pe care o reține succesorul lui Charcot. Pe de altă parte, însă, termenul trimite la noțiunile de gravitate, de delir, de cronicitate, de cvasipsihoză. Iată de ce el este abandonat de Janet, colaboratorul lui Raymond, care totuși l-a utilizat, de acord cu acesta, în primele sale lucrări.

Reluând vechiul termen de *nevroză*, Janet îl definește atât pe plan patogenic, cât și pe plan clinic. Distingând două mari categorii de nevroze, isteria și psihastenia (care va acoperi în mare parte *nevroza obsesională* individualizată de Freud), Janet consideră că, după ierarhizarea funcțiilor psihice, funcțiile de adaptare la real sunt primele afectate atunci când are loc, ca o consecință a unor perturbări mentale, o „scădere a tensiunii psihologice". Aceasta se asociază cu o îngustare a câmpului conștiinței și cu tulburări psihice care constituie, în esență, diferitele psihoze. Recunoscând importanța apariției, în acest context, a unor sentimente de anxietate dintre cele mai primitive și a conflictului intrapsihic, el poate defini nevrozele în felul următor: „Sunt maladii ale personalității caracterizate prin conflicte intrapsihice care inhibă conduitele sociale."

CONTRIBUȚIA PSIHANALIZEI. Acestei patogenii destul de statice, care rămâne centrată pe scăderea tensiunii psihologice, i se va opune patogenia mai dinamică a lui Freud, care dă deplinul ei sens noțiunii de conflict intrapsihic, situându-l între conștient și inconștient și articulându-l în jurul mecanismului fundamental de refulare.

Într-adevăr, psihologia apare de la bun început ca o psihologie dinamică, o psihologie care privilegiază noțiunea de conflict psihic: orice comportament este, fiecare mente, expresia unui conflict, fie între individ și mediul exterior, fie în interiorul individului (conflict intrapsihic). Iar dezvoltarea instinctivo-afectivității va pune astfel marca tuturor conflictelor pe care individul a reușit să le surmonteze; căci soluționarea conflictului, în diferite stadii de dezvoltare, permite de fiecare dată o reorganizare care orientează mai mult sau mai puțin definitiv relația ulterioară cu obiectele.

Aceste conflicte se rezumă în opoziția dintre cele două mari principii freudiene, principiul plăcerii și principiul realității. Primul guvernează viața sugarului în perioada neonatală. În absența obiectului care poate satisface copilul (mama), acesta dispune, prin halucinația care suprimă lumea reală, satisfacerea halucinatorie a dorinței. Dar, puțin câte puțin, principiul realității îl obligă pe copil să admită realitatea, cu frustrările și interdicțiile sale. În consecință, principiul realității se înfruntă în permanență cu principiul plăcerii în funcționarea aparatului psihic. Acesta funcționează deci potrivit unui model topologic care, la început, separă aparatul psihic în „inconștient", care ascultă de principiul plăcerii, și „conștient", care ascultă de principiul realității.

Începând cu anul 1920, Freud modifică această topică, descriind trei sisteme: Sinele (parte a vechiului inconștient, sistem de instincte aflate sub dependența principiului plăcerii), Eul (conștientul, principiul realității) și Supraeul (inconștient, deși provenit din Eu, sistem care conține elemente refulate de Eu, sub presiunea realității). Noțiunea de refulare rămâne aici esențială. Tocmai în această perspectivă definește Freud nevrozele, în special prin prisma fixației la un stadiu libidinal: *nevroză obsesională* la nivel cloacal, *nevroză fobică* la nivel genital preoedipian. Împreună cu nevrozele zise „de caracter" (organizare nevrotică a caracterului, cu un puternic dezechilibru instinctivo-afectiv) și cu *nevrozele traumatice* reacționale la un eveniment traumatic, fizic sau psihic (care adesea nu face decât să reactiveze o structură nevrotică subiacentă, până atunci latentă), acestea constituie și azi cadrul nosologic de referință al psihiatrului francez. Pentru psihiatrul francez contemporan, câmpul clinic al nevrozelor se definește, cum arată Ch. Brisset, prin „simptome nevrotice" și prin „caracterul nevrotic al Eului". Primele sunt „tulburări ale unor conduite, sentimente sau idei care manifestă o defensă contra angoasei și constituie față de acest conflict intern un compromis, subiectul trăgând din poziția sa nevrotică un anumit profit (beneficiile secundare ale nevrozei)". În ceea ce privește „caracterul nevrotic al Eului", acesta se caracterizează prin faptul că Eul „nu poate găsi în identificarea propriului său personaj relații bune cu semenul și un echilibru interior satisfăcător", ceea ce nu-l împiedică să mențină cu realitatea un contact aproape normal, spre deosebire de cele ce se întâmplă în psihoză, unde delirul este luat ca real.

NEVROZA EXPERIMENTALĂ. Dacă clinicienii încă par să urmeze, în Franța, îndeaproape perspectiva freudiană, trebuie să recunoaștem că noțiunea de „nevroză experimentală", introdusă mai întâi de I.P. Pavlov, în Rusia, la începutul secolului XX, apoi de J. Massermann, în Statele Unite, și de H.J. Eysenck în Marea Britanie, a căpătat o mare importanță o dată cu utilizarea pe scară tot mai largă a terapiilor comportamentale. Pavlov a fost cel dintâi care a demonstrat că putem crea nevroze experimentale la animale, prin condiționări cu semnale contradictorii sau slab diferențiate. (→ NEVROZĂ EXPERIMENTALĂ).

Având în vedere, ca punct de plecare, tulburările de învățare, Eysenck, Massermann și J. Wolpe au putut defini nevroza ca rezultând dintr-o suită de stimuli și răspunsuri neadaptate la stimuli. J. Caïn a descris, la rându-i, geneza unor „fragmente de nevroză" prin condiționare defectuoasă și dispariția acestora în urma unei decondiționări bine conduse. Actualmente, terapiile comportamentale sunt din ce în ce mai practicate în țările anglo-saxone pentru tratarea a numeroase tulburări nevrotice tratate până acum cu psihoterapii de inspirație psihanalitică. Nu numai tulburările sexuale, apetențele pentru droguri și alcool, ci și fobiile și comportamentele antisociale sunt astfel tratate prin tehnici de decondiționare uneori foarte agresive, cum putem vedea în filmul lui S. Kubrick, *Portocala mecanică* (1971). Nevrozele cele mai clasice nu pot fi considerate în același timp drept simple tulburări de învățare, pasibile de veritabile reeducări terapeutice.

ȘCOALA CULTURALISTĂ. Într-o perspectivă sensibil diferită, școala culturalistă, cu G. Roheim, R. Benedict, K. Horney, a văzut în presiunile sociale factori declanșatori de nevroze, dintre care unele tipuri clinice le-au putut apărea

mai specifice unei culturi particulare decât nevrozele individuale.

DESTINUL NEVROZEI. Trebuie să ne întrebăm, în sfârșit, dacă însuși termenul de *nevroză* nu va dispărea. Într-adevăr, o dată cu apariția DSM-III al Asociației psihiatrice americane, în 1980, am asistat la excluderea sa din această clasificare. R. Spitzer, unul dintre principalii responsabili ai redacției manualului, explică faptul după cum urmează: „Termenul *nevroză* a fost exclus din această nomenclatură, deoarece aceasta se vrea stabilită într-un context etiologic «ateoretic», spre a nu avea de reconciliat toate aspectele doctrinale ale psihiatriei. Or, termenul *nevroză*, impregnat de doctrina psihanalitică, implică o etiologie de conflicte intrapsihice inconștiente și o patogenie bazate pe mecanisme de apărare inconștiente, singurele justificări pentru a grupa în rubrica «nevroză» condiții a căror simptomatologie este atât de disparată ca nevroza anxioasă, depresia nevrotică, nevrozele isterice de conversie."

Înlocuite de o serie de „tulburări afective", „tulburări anxioase", „tulburări somatoforme" etc., nevrozele dispar, deci, din diagnosticul american. Înseamnă aceasta moartea lor nosologică? Se pare că încă nu. Mulți psihiatri americani, îndeosebi cei cu o formație psihanalitică, au protestat în mod vehement. Un compromis a fost propus de J. Talbott, care reintroduce, doar între paranteze, diferitele nevroze (*Modified Talbott Plan*). Vor mai păstra ele multă vreme acest spațiu nosografic măsurat? De la marea canapea scoțiană a lui Cullen la strapontina lui Talbott, nevrozele vor fi urmat destinul psihiatriei. Anexate de doctrine în același timp succesive și antagoniste, ele nu au rezistat luptelor ideologice și unui pragmatism din ce în ce mai reductor al imperialist. Oare trebuie să ne felicităm [illegible] trebuie să ne temem că, o dată cu ele, [illegible] evacuat omul bolnav, nedorindu-se să [illegible] vadă și să se trateze decât tulburările [illegible] de comportament și simptomele? → FOBIE; ISTERIE; OBSESIE; PSIHOTERAPIE; SOMATIZARE.

Bibl.: Benedict, R., *Patterns of Culture*, Houghton Mifflin, Boston, 1934; Caïn, J., *Le problème des névroses expérimentales*, Desclée de Brouwer, Paris, 1964; Cottraux, J., Mollard, E., *Les phobies, perspectives nouvelles*, P.U.F., Paris, 1986; Freud, S., *Introduction à la psychanalyse*, 1916, Payot, Paris, 1967; Horney, K., *La personnalité névrotique de notre temps*, trad. fr., L'Arche, Paris, 1953; Janet, P., *Les névroses*, Flammarion, Paris, 1909; Manus, A., *Psychose et névroses de l'adulte*, P.U.F., Paris, 1987; Postel, J., Quétel, Cl., *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983; Wolpe, J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, Stanford, 1958.

NEVROZĂ ANXIOASĂ (engl. *anxiety neurosis*). **Nevroză caracterizată clinic printr-o stare de excitabilitate generală și expectativă anxioasă, prin accese de angoasă, cu manifestări somatice și neurovegetative, și prin fobii.**

S. Freud a propus, în 1895, diferențierea acestei forme de nevroză față de neurastenia definită de G.Beard. Pentru Freud această afecțiune se datorează unei „derivații a excitației sexuale somatice la distanță de psihism" și unei „utilizări anormale a acestei excitații", cu manifestări corporale. Cauza declanșatoare a tulburării nu este deci, pentru Freud, de ordinul patogeniei psihice, ca în cazul isteriei sau al nevrozei obsesionale, ci rămâne în sfera somaticului; ea nu depinde de refularea

unei reprezentări și de deplasarea afectului. Cel mai adesea este vorba de adulți tineri care au suferit o întrerupere brutală a vieții lor sexuale. Așadar, această nevroză nu justifică o cură psihanalitică. Actualmente nu mai este recunoscută drept entitate nosologică, apărând mai degrabă ca prima manifestare a unei structuri prepsihotice.

NEVROZĂ EXPERIMENTALĂ (engl. *experimental neurosis*). **1) Tulburări comportamentale durabile, dar de cele mai multe ori reversibile, care pot fi observate la animalul pus în anumite condiții de învățare.**

I. P. Pavlov este acela care a dat numele de *nevroză experimentală* perturbațiilor comportamentale care pot surveni în cursul unei învățări discriminative la animal. Într-o procedură de condiționare, atunci când animalul este determinat să dea un răspuns condiționat (salivație) la prezentarea unui cerc (stimul condiționat) care anunță o farfurie cu hrană (stimul necondiționat), îl putem învăța să discrimineze cercul de o elipsă cu aceeași suprafață, printr-o procedură de discriminare: prezentarea stimulului necondiționat (hrana) de fiecare dată când este arătat cercul și neprezentarea acelui stimul când este arătată elipsa (salivația la vederea elipsei se stinge progresiv). Putem în acest caz să facem să varieze forma elipsei, apropiind-o de aceea a cercului, spre a analiza capacitățile discriminative ale animalului. Ori de câte ori elipsa devine prea puțin diferită de cerc, animalul este incapabil să discrimineze cei doi stimuli, iar comportamentul său se schimbă brusc: agitație, chelălăieli, reacții emoționale mai mult sau mai puțin violente, care pot merge până la excitația generalizată sau până la apatie. Aceste tulburări comportamentale se pot asocia cu manifestări psihosomatice: tahicardie, ulcer gastric etc.

Manifestările comportamentale ale nevrozei experimentale prezintă, fără îndoială, similitudini cu comportamentele nevrotice umane, în așa măsură încât au fost făcute numeroase tentative de a trata nevrozele prin procedee de condiționare, presupunându-se că la baza nevrozelor stă condiționarea. Cu toate acestea, natura accentuat simbolică a conduitelor nevrotice umane face dificilă reducerea pur și simplu la schema nevrozelor experimentale ale animalului.

2) Stare observată la animalele de laborator care au fost supuse unor situații conflictuale de condiționare și care se manifestă prin tulburări (anxietate, abulie, comportamente de evitare etc.) comparabile cu acelea care pot fi constatate în cazul nevrozelor umane.

În secvențe de condiționare, animalul a fost supus unor stimulări urmate de recompensă sau de pedeapsă, stimulări atât de puțin diferite încât nu mai pot fi distinse una de alta. Faptul acesta provoacă la animal stări de iritare, de panică, de stres sau de pasivitate, asociindu-se uneori cu o veritabilă patologie psihosomatică.

Pe urmele lui H. J. Eysenck, s-a putut vedea în aceasta un adevărat model al nevrozei cauzat de tulburarea învățării, justificând, așadar, o psihoterapie de reînvățare sau de recondiționare. J. Wolpe, îndeosebi, pornind de la acest model, a dezvoltat terapii comportamentaliste al căror scop este, într-un fel, reeducarea nevroticilor, stingând la ei reacții comportamentale nefaste dobândite în copilărie, pentru a-i determina să dobândească reacții noi, bine adaptate.

NEVROZĂ INSTITUȚIONALĂ (engl. *institutional neurosis*). **Ansamblu de tulburări nevrotice (și psihotice) dobândite de un pacient spitalizat într-o instituție psihiatrică de mai bine de doi ani, tulburări datorate acestei spitalizări.**

Pornind de la un studiu referitor la *modificările comportamentale pe care le determină viața într-o instituție* (engl. *institutional behavior*), psihiatrul britanic R. Barton a descris la sfârșitul anilor '50 diferite simptome psihiatrice care apar la schizofrenicii internați, simptome care într-un fel se adaugă la simptomatologia individuală a pacientului. Această „nevroză" se aseamănă cu ceea ce a și fost descris de către psihiatrii englezi din secolul al XIX-lea sub denumirea de *Asylum Dementia* și cu ceea ce numim în Franța *azilism**.

NEVROZĂ OBSESIONALĂ (engl. *obsessional neurosis*). **Entitate clinică izolată de S. Freud, prin prisma concepției sale despre aparatul psihic: interpretarea care face din ideile obsedante expresia dorințelor refulate i-a permis lui Freud să identifice ca nevroză ceea ce până atunci figura ca „nebunie a îndoielii", „fobie a tabuului", „obsesie", „compulsie" etc.**

Cazul princeps, publicat de Freud în 1909, este acela supranumit „Omul cu șobolani" (în *Cinq Psychanalyses*, 1954). Învățămintele acestui caz sunt inepuizabile. Freud subliniază că nevroza obsesională ar trebui să fie mai lesne de sesizat decât isteria, deoarece nu include „saltul în somatic". Simptomele obsesionale sunt pur mentale și totuși ne rămân mai obscure. Trebuie să recunoaștem că epigonii nu prea au contribuit la clarificarea lor. J. Lacan, în ceea ce îl privește — cu excepția tezei pe tema paranoiei —, nu a scris lucrări clinică propriu-zisă, de teama de a contribui la obiectivarea cazurilor, adică avatarurile subiectivității. Cu toate acestea în această analiză ne vom referi la tezele sale.

CUM SE EXPLICĂ DIFICULTATEA ABORDĂRII? Ea este, fără îndoială, legată de faptul că nevroza obsesională este foarte aproape de activitatea noastră psihică obișnuită și, de exemplu, de procesele logică prin care suntem de obicei tentați o explicăm. Pe de altă parte, această dizoziție mentală solicită una dintre relațiile noastre cele mai conflictuale, aceea care leagă de tată, pe când complexul lui Oedip ne-ar incita mai degrabă — Tiresias a în acest sens un sfat oportun — să temperăm dorința de a ști. Ea operează această privință o disoluție a funcției proprii cauzei, în beneficiul unei relații care leagă ferm, în lanțul vorbit, antecedentul succesor, într-un mod care obliterează orice plan de clivaj. Cercetătorul se găsește astfel expus riscului de a împărtăși îndoiala obsedatului asupra a ceea ce era la început și ar fi putut să fie determinant.

CLINICĂ. Clinica nevrozei obsesionale se deosebește de la bun început de clinica isteriei prin cel puțin două elemente: afinitatea electivă, dar nu exclusivă, pentru sexul masculin; reticența pacientului de a recunoaște și de a-și lăsa cunoscută maladia; adesea intervenția unui terț îl incită să consulte un terapeut.

Predilecția acestei nevroze pentru sexul masculin este instructivă prin aceea că marchează rolul determinant al complexului lui Oedip — iată cauza care a fost disimulată —, deoarece acesta este acela care stabilește sexul psihic. Cât despre refuzul de a „recunoaște" maladia, acesta se în mod vădit de faptul că refuzul este trăit ca „greșeală morală" și nu ca patologie. (Există, însă, un alt motiv esențial de disimulare.)

Simptomatologia majoră este deci reprezentată de ideile obsedante, de acțiunile compulsive și de defensa angajată contra acestora.

Obsesiile sunt marcate de caracterul lor vădit profanator: circumstanțele care cer exprimarea respectului, omagiului, al devoțiunii sau supunerii sunt cu regularitate declanșatoare de „idei" injurioase, obscene, scatologice, ba chiar criminale. Cu toate că adesea articulate sub forma unei adresări imperative (de exemplu: „Acum tu i te vei „... în gură..."), ele sunt recunoscute de către subiect ca expresie a voinței proprii, păucit și terorizat că ea poate fi atât de monstruoasă. Trebuie deci să remarcăm că aceste *incidente* (germ. *Einfallen*) nu sunt niciodată luate ca fiind inspirate din afară, chiar dacă audiția lor poate fi, în unele cazuri, cvasihalucinatorie. Drept urmare, se angajează o luptă în care intervin contraidei expiatoare sau de pledoarie altruistă, care pot ocupa întreaga activitate mentală diurnă, până când subiectul ia aminte, cu groază, că aceste contramăsuri sunt ele însele infiltrate. Se impune astfel imaginea unei fortărețe asediate, ale cărei metereze în mod febril și succesiv ridicate se dovedesc puse în slujba asediatorului, sau ale cărei spărturi abia astupate anunță apariția altei spărturi, în altă parte. Se va recunoaște în aceste figurări obișnuite ale imageriei noastre mentale expresia coșmarului, dar și a comicului. Acțiunile compulsive, cu scop verificator sau de expiere, cad pradă unei ambiguități similare și se pot dovedi și ele, în mod involuntar, obscene sau profanatoare.

Această permanentă dezbatere operează într-un climat de îndoială mult mai sistematică decât aceea consiliată de filosof și nu duce la nici o certitudine de a fi. În această îndoială are loc adesea o interogație sfâșietoare și generatoare de multiple verificări, mereu nesatisfăcătoare, cu privire la posibilitatea unui asasinat pe care subiectul l-ar fi comis sau l-ar putea comite fără știrea sa. Un automobilist se va simți astfel constrâns să se întoarcă din drum spre a controla dacă nu a accidentat un trecător la cutare intersecție, fără să fi băgat de seamă; se înțelege de la sine că verificarea nu-l va putea convinge, căci ambulanța a putut pleca între timp, iar martorii s-au putut împrăștia.

Un astfel de simptom merită a fi reținut, deoarece el asociază actul și îndoiala; obsesionalul nu trăiește numai cu spaima de a comite un act grav (asasinat, sinucidere, infanticid, viol etc.) impus de ideile lui, ci și cu spaima de a-l fi săvârșit din nebăgare de seamă. Îngroșând trăsăturile, vom desprinde progresiv figura unui tip uman care nu este o raritate: tânăr tomnatic, rămas lângă fusta mamei, funcționar sau contabil, rob al unor obișnuințe și manii mărunte, scrupulos și cultivând o justiție egalitară, privilegiind satisfacțiile intelectuale și ascunzând în spatele politeții și religiozității o agresivitate ucigătoare.

OMUL CU ȘOBOLANI. Caricatura de mai sus nu seamănă întru nimic cu tânărul jurist — Ernst Lanzer pe numele său adevărat, după câte se pare —, care în 1905 a venit să-l consulte pe Freud: inteligent, curajos, simpatic, tare bolnav. Omul cu șobolani avea tot ce trebuie pentru a-l seduce.

Simptomul său ocazional se produsese în anii serviciului militar: imposibilitatea

de a rambursa, potrivit unor modalități ce-i fuseseră prescrise, modesta sumă datorată unei funcționare de poștă. Când un căpitan „cunoscut pentru cruzimea sa" i-a ordonat să-i plătească locotenentului A., care îndeplinea slujba de vagmistru, cele 3,80 coroane pe care acesta le avansase pentru un colet contraramburs, Ernst era sigur că se înșală. Locotenentul B. era cel care se achitase de sarcină, iar creditul i-l acordase poștărița. Ordinul căpitanului operează totuși ca un *incident* (germ *Einfall*) și s-a văzut constrâns să-l execute, spre a evita astfel [conform unei superstiții — notă L.G.] ca nenorociri îngrozitoare să lovească ființe care îi erau dragi. A urmat apoi un zbucium înspăimântător în încercarea de a face să circule datoria sa între aceste trei persoane, înainte de a o despăgubi pe poștăriță. Este adevărat că obiectul livrat nu era indiferent: un *lornion* (germ. *Zwicker*) comandat unui optician vienez, care îl înlocuia pe acela pierdut în timpul unei halte și pe care nu voise să-l caute, ca să nu întârzie plecarea unității militare. În cursul acelui popas, „crudul" căpitan, partizan al pedepselor corporale, povestise despre acel supliciu oriental (descris de O. Mirbeau în *Le jardin des supplices*) în care un bărbat gol este așezat pe o găleată cu șobolani: aceștia, flămânzi, se înfundă încet în rectul său... Freud notează „plăcerea deosebită, inconștientă" cu care pacientul îi relata anecdota.

Tatăl lui Ernst murise cu puțin timp mai înainte: un bărbat cumsecade, un vienez vesel, genul „chiulangiului", cel mai bun amic al fiului său și confidentul acestuia, „cu excepția unui singur domeniu". Fost subofițer, părăsise armata din cauza unei datorii de onoare pe care nu putuse să o restituie, datorându-și îndestularea căsătoriei cu o bogată fiică adoptivă. De altfel, mama lui Ernst era aceea care cont băierile pungii și care va fi consultată, vizita la Freud, asupra oportunității întreprinde o cură. În orizontul erc dama pe care o „venerează" și pe ca curtează fără speranță este săracă, nu frumoasă, maladivă și neîndoielnic stă ea nu se prea omoară după el. Tatăl dorit, după exemplul său, o căsătorie pragmatică. Tânărul are, pe de altă p câteva relații de prietenie, puține la nu Are un prieten „ca un frate", căruia îi sfatul când ajunge la disperare; acesta sfătuit să consulte un psihanalist. Le *Psihopatologiei vieții cotidiene* l-a înd mat către Freud. Nu și-a terminat studi de drept, iar tulburările sale s-au agra după moartea tatălui.

Efortul lui Freud urmărește să-l facă recunoască ura refulată împotriva tată și dat fiind faptul că o relativă renunțare genitalitate duce la o regresiune a li doului la stadiul anal, ura devine dorință distrugere. Se pare că Ernst a beneficiat plin de cură. Războiul din 1914 a pus cap elanului său regăsit.

OBSESIA. Vedem că ceea ce rămâne de neînțeles este — în special — caracterul specific al maladiei: obsesia. De ce elementul refulat se întoarce imediat, cu o virulență proporțională cu forța refulării, așa încât aceasta poate prezenta, prin una din fețele sale, însuși elementul refulat? De unde aceste acte impulsive care îl constrâng pe obsedat?

Un răspuns la aceste întrebări este de dorit dacă vrem ca particularitatea lor să ne învețe ceva asupra legilor funcționării psihicului.

În ceea ce ne privește, vom încerca să avansăm pe acest teren, pornind de la comparația făcută de Freud între exercițiul

gios și ritualul obsesional, asemănân- pe acesta din urmă cu „o religie vată".

Trebuie să evocăm, în acest scop, caracul patrocentric al religiei iudeo-creștine, zată pe iubirea de Tată și pe refularea ndurilor sau sentimentelor care îi sunt ile. Vom nota că dacă isteria este per- t descrisă, în pofida polimorfismului ei inic, și își vede etiologia identificată, cu rca 2000 de ani înainte de Christos, de re medicii egipteni, în schimb nu găsim ici o urmă semnificativă de nevroză obseonală — în textele medicale, literare, ligioase, ori în inscripții — înainte de onstituirea religiei iudeo-creștine. O dată ce aceasta a fost instituită, este de notat cumularea de texte sacre destinate să epureze actele și gândurile de tot ceea ce ar putea să nu fie conform voinței supeioare: în felul acesta, fiece clipă ajunge ă-i fie consacrată cu o minuțiozitate care nu încetează de a se rafina. Din această perspectivă, de altfel, Evanghelia poate fi înțeleasă ca un protest al subiectivității pretins detașabil de povara faptelor și a unui ritual care nu împiedică „ incircumciziunea inimii" (*l'„incirconcision du coeur"*).

Se ivește totuși un obstacol major pe această cale. Într-adevăr, demersul raționalist nu este mai puțin cauză de nevroză obsesională, cum se cunoaște. Recuzarea referințelor la un Creator și preocuparea pentru o gândire riguroasă și logică merg cot la cot cu morbiditatea obsesională, tovărășie neașteptată pentru cel care spera într-o eliberare a gândirii. Cum să ne reconciliem cu un asemenea paradox, dacă nu încercăm să-l facem să funcționeze în scopul explicării mecanismului care intră aici în joc?

Ceea ce cele două opțiuni aparent contrare (dar nu și pentru Sfântul Toma, cum se știe) au în comun, într-adevăr, este un tratament identic al realului. Postulând filiația noastră cu acela care s-ar menține în real (acea categorie a cărei abordare suscită angoasa și groaza), religia tinde să-l îmblânzească. Nu este exagerat să spunem că religia — legătură sacră — este o operație de simbolizare a realului. O dată anulată ideea potrivit căreia realul este întotdeauna în altă parte, singurul mijloc de a pune în valoare dimensiunea respectului față de oaspetele divin este distanța euclidiană. În această mutație esențială vedem noi cauza stazei proprii stilului obsesional: refuzul de a se detașa și de a crește, de a depăși etapele, de a-și termina studiile, chiar și refuzul de a termina cura psihanalitică. Un atare consimțământ ar prezenta, într-adevăr, riscul de a egala idealul și, în consecință, de a-l distruge, compromițând menținerea vieții. Dar o altă consecință este încă și mai distructivă: anularea categoriei realului prin prisma simbolizării suprimă totodată categoria referentului pe care se bazează lanțul vorbit (*la chaîne parlée*). De aceea, se instalează nu numai îndoiala. Funcția cauzei — privată de suportul ei — este raportată la orice cuplu al lanțului, legând antecedentul de succesorul devenit în felul acesta consecvent. Puterea de generare este astfel dependentă, acum, de rigoarea lanțului și este de înțeles grija obsesională de a o verifica fără încetare și de a expulza eroarea devenită criminală.

Calamitatea — tipic obsesională — a acestui efort considerabil este că, dacă realul este forclus (→ FORCLUZIE), el revine ca lacună între două elemente oarecare pe care a trebuit să le sudeze perfect (este tocmai cezura între două pavele cu

care se va juca copilul). Dar orice lacună este percepută ca o cauză de obiecțiuni, sursă de comentarii care vor face apel la alte comentarii, verificare retroactivă a drumului urmat, punere în cauză a premiselor etc., pe scurt, o ratiocinare care nu-și poate găsi liniștea. În lipsa referentului care să ducă la alinare, fiece element al lanțului capătă o atare pozitivitate („este tocmai aceasta") încât nu este suportabilă decât dacă se anulează („nu este nimic"). Astfel va fi curățat terenul propice unei formalizări, despre care vom da exemplul unei aplicări în această nevroză.

Putem spune, într-adevăr, că dispozitivul evocat este suportat de o relație R, care clasează toate elementele lanțului potrivit unui mod reflexiv (xRx), ceea ce înseamnă că fiecare element poate fi considerat propriul său generator, antisimetric (xRy și nu yRx), din cauza cuplului antecedent–succesor, și tranzitiv (xRy, yRu, deci xRu), ceea ce permite ordonarea tuturor elementelor lanțului. Această relație R fiind identică cu aceea a numerelor naturale, vom înțelege mai bine afinitatea spontană a gândirii obsesionale cu aritmetica și logica (și, invers, de ce o formație științifică nu este întotdeauna cea mai bună ca să devii psihanalist).

Suntem, în orice caz, la joncțiunea în care se ghicește de ce religia și raționalitatea, propunând un același tratament al realului, vor risca aceleași consecințe morbide.

PREȚUL DATORIEI. Forcluzia* realului, acea categorie care se opune „oricărei" totalizări (ca și gândirii care fondează totalitarismul), echivalează cu forcluzia castrării. Iată neplătitul a cărui datorie torturează memoria obsedatului, mereu preocupat să echilibreze veniturile și cheltuielile; în cazul Omului cu ș este în primul rând neplata tatălui care el o va achita, fără îndoială, c vieții sale. Dar respingerea imper falic va fi plătită retrospectiv, în l unde pentru subiect se proferă mes care el va trebui să le ia pe seama sa Celuilalt, în teoria lacaniană), lo perativului pur, dezlănțuit, fără limi castrarea este forclusă) și deci plin d riscurile. Este de înțeles aver nevroticului obsesional față de ma rile autorității, chiar dacă el e partizan al ordinii. În schimb, li referință falică, acel imperativ al C va surveni de acum înainte și va zonele zise „pregenitale" (orală, an tot atâtea locuri propice pentru o ju perversă și culpabilă în acest caz, fi egoistă.

Lornionul pierdut de Ernst Lan evocă voierismul din copilăria sa homosexualitatea atribuită obsesio este de un tip special, deoarece incl numai dorința de a-și face iertată vitatea împotriva tatălui și dorința iubit de el, ci și întoarcerea în real și unui instrument traumatic pe care fl abolit. Această abolire a și provoca văzut, întoarcerea în Celălalt (de un articulează ideile subiectului) a unei o nități dezlănțuite și efectiv profanat dacă este adevărat că ea privește în mentul care comandă, de asemenea, mai mare respect.

Dar ea justifică și reținția obiec numit de Lacan „petit *a*" suport al „*plus-de-jouir*" pe care obsesionalul menajează de acces, dar cu prețul infinite precauțiuni și al unei const mentale. Cât privește actele impulsiv sfârșit, ele ne amintesc, desigur, neputința lor, actul major (castr căruia obsesionalul a preferat să i

, nerămânându-i decât moartea ca olut, temut și totodată dezirabil.

Freud, S., „Les neuro-psychoses de ", 1894, in *Névrose, psychose et per-*, P.U.F.; „Obsessions et phobies", 1895, „Nouvelles remarques sur les psycho-es", 1896, *ibidem*; „Actions compul-elles et exercices religieux", 1907, *ibidem*; ctère et érotisme anal", 1908, *ibidem*; arques sur un cas de névrose obsessionnelle mme aux rats)", 1909, in *Cinq Psychana-*; „Sur les types d'entrée dans la névrose", in *Névrose, psychose et perversion*; „La ition à la névrose obsessionnelle", 1913, *Introduction à la psychanalyse*, Payot, 1967; *Inhibition, symptôme, angoisse*, Lacan, J., *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; *Le naire* (publié ou clandestin); Mannoni, O., mme aux rats", in *Les Temps modernes*, 1965; Melman, Ch., *Séminaire sur la névrose ssionnelle*, 1987–1988, 1988–1989, à ire; Salzman, L., *The Obsessive Perso-y*, Science House Inc., New York, 1968. On a aussi lire l'œuvre de M. Bouvet con-ée à le névrose obsessionnelle, Payot, Paris, 7–1968.

VROZĂ POSTTRAUMATICĂ

gl. *traumatic neurosis*). **Nevroză care vine în urma sau cu prilejul unui umatism fizic.**

Termenul *nevroză* este aici, în general, într-un sens larg, extensiv, înglobând nifestări psihiatrice mai mult sau mai n structurate. Traumatismul poate privi miul, dar și oricare altă parte a corpului. meroși autori au insistat asupra lipsei de elație între gravitatea traumatismului și vitatea manifestărilor nevrotice ulteri-e. Ei subliniază relativa varietate a vrozelor posttraumatice legate de un umatism cranian sever, în timp ce aceste vroze se dezvoltă cu predilecție în urma unor traumatisme în aparență benigne pe plan somatic. Tulburările nevrotice pot să existe în mod izolat, pot însoți sechelele fizice sau se pot grefa pe acestea. Evenimentul traumatizant evocă întotdeauna o amenințare de moarte fizică și/ sau psihică. Există traumatism psihic atunci când capacitatea de stăpânire a angoasei este bulversată sau depășită. Acest fenomen este provocat direct de intrarea în rezonanță a amenințării de moarte cu elementele fundamentale ale istoriei personale a subiectului.

Nevrozele posttraumatice pot realiza tablouri clinice variate:

– *nevroza groazei* este o reacție emoțională acută care survine aproape imediat după traumatism, adesea insignifiant în el însuși; dramatice sunt însă cricumstanțele în care el a avut loc (catastrofă feroviară, incendiu etc.);

– *sindroamele neurastenice* realizează stări de hiperexcitabilitate senzorială și senzitivă care evoluează pe un fond cronic de astenie; tulburările constau în cefalee, algii polimorfe, palpitații, transpirație, insomnii;

– *nevroza fobică* este adesea o agorafobie (frica de spații întinse);

– *nevroza isterică* poate realiza toate formele de conversie somatică: paralizii, algii, spasme, afonie;

– *nevroza obsesională* se observă extrem de rar;

– *sindroamele depresive* sunt rareori izolate și vin adesea să coloreze, într-un moment sau altul, afecțiunile descrise mai sus.

Pe un plan mai general, toate nevrozele posttraumatice au în comun patru tipuri de elemente:

1) un timp de latență, veritabilă perioadă de incubație, care poate fi de la câteva zile

la câteva luni; această fază corespunde reorganizării psihice consecutive traumatismului;

2) o angoasă, adesea flotantă, însă uneori cristalizată în tulburări mai specifice (fobie, isterie);

3) semne specifice, cu labilitate emoțională, inhibiție relațională și fenomene repetitive; acestea din urmă apar în cursul somnului și se referă la trăirea afectivă a accidentului;

4) o organizare nevrotică a personalității, care se exprimă printr-o stare de dependență efectivă a traumatizatului față de anturajul său; starea aceasta se asociază frecvent cu o notă revendicativă, în căutarea de beneficii secundare; printre acestea figurează recunoașterea pagubei suferite și îndeosebi atribuirea unei despăgubiri.

Nevrozele posttraumatice pun problema prevenirii lor, a tratamentului, a evoluției și a despăgubirii, dacă există un interes protejat juridicește. Dacă este posibil, despăgubirea trebuie să vină cât mai repede și în mod rezonabil, înainte ca tulburările să se fixeze. Este totuși greu să se izoleze partea ce revine traumatismului de aceea care depinde de starea anterioară a personalității rănitului.

NIMFOMANIE (engl. *nymphomania*). **Exagerare a dorinței sexuale la femeie, care conduce la atitudini de seducție și de provocare care nu sunt conforme rolului feminin, așa cum este el, în general, așteptat în societatea occidentală.**

Descrisă de un tânăr medic francez, D.T. de Bienville, în 1772, ca o „veritabilă boală a sexului", ca o „furie uterină" care le face pe cele atinse de ea să „scuture jugul impozant și glorios al pudorii" și să solicite „cu o frunte fățiș dezonorată" și „cu o voce pe cât de abjectă tot pe atât de

criminală primilor veniți să răspund
insațiabilelor lor dorințe". Comparată c
satiriazisul la bărbat, nimfomania ți
mai mult de un diagnostic moral și de
judecată de valoare decât de o veritabil
afecțiune fizică sau mentală, chiar dac
poate fi uneori consecința unor tulburăr
endocrine (hiperovarism) sau a unei st
de excitație maniacă.

**NONCONSTRÂNGERE CORPO
RALĂ** (engl. *non-restraint*). **Ansamb
de măsuri și veritabil sistem terapeut
ce vizează suprimarea tuturor mijlo
celor de imobilizare a bolnavilor mintal**

În general, psihiatrul britanic J. Conoll
este creditat a fi cel dintâi care a preconiz
o nonconstrângere corporală totală, î
1839, într-un azil pe care îl conducea l
Hanwell, în Middlesex. Se pare că reali
tatea istorică este mai complexă (A. Scull
și că o anumită mitologie ilustrează aceas
revoluție, ca aceea a gestului eliberator a
lui Ph. Pinel, la Bicêtre. Nu-i mai puți
adevărat că asemenea măsuri au avu
întotdeauna un efect benefic și că mijloa
cele de imobilizare și de constrângere n
sunt practic niciodată justificate, chiar și î
cazul pacienților celor mai agitați și ma
dificili.

NONDIRECTIV(Ă) (engl. *nondirec
tive*). **Se spune despre o metodă pedago
gică ce constă în a nu face nici o
presiune asupra interlocutorului, în s
nu-i impune nici o directivă strictă.**

O *convorbire nondirectivă* (engl. *non
directive interview*) este o tehnică de con
vorbire individuală (uneori colectivă)
referitoare la o problemă generală sau
referitoare la un obiect precis, cum ar fi un
produs comercial, prin care intervievatul
printr-o atitudine în mod voit neutră,

caută să descopere nu ceea ce gândește pe loc persoana intervievată și nici care sunt trebuințele sale imediate în materie comercială, ci care sunt dorințele sale personale profunde și rezistențele care îi influențează comportamentul. C. Rogers a folosit expresia „nondirectiv" în primul rând pentru a caracteriza în psihoterapie o tehnică interacțională nonevaluativă de facilitare și ascultare. El i-a substituit-o rapid pe aceea de „centrată pe persoană", tinzând să generalizeze această orientare, mai ales la învățământ. În acest sens vorbește Rogers de un învățământ „centrat pe student", pe care el îl definește ca pe o experiență făcută de studentul însuși, în mod activ acompaniat de un cadru didactic care învață și el să nu mai fie exclusiv raportorul de cunoștințe.

În anii '60, nondirectivitatea a suscitat experiențe și entuziasme în pedagogie. Azi ea este esențialmente o tehnică de animație care incită la dialog și la comunicare într-un grup în formare. → NONDIRECTIVITATE.

NONDIRECTIVITATE (engl. *nondirective technique*). **Abținerea de la orice presiune asupra subiectului (individual sau colectiv) spre a-l consilia sau a-i sugera o direcție, spre a i se substitui în percepțiile, evaluările sau alegerile sale.**

Nondirectivitatea implică încrederea în capacitățile de autodezvoltare și de autodirecționare ale subiectului. Ea intervine în domeniile relației de ajutor, de sfat, de animare a grupurilor, ale relației pedagogice și în conversație.

Noțiunea de atitudine nondirectivă (opusă aceleia de atitudine directivă) a fost dezvoltată de psihologul american C. Rogers, pornind de la experiența sa referitoare la psihoterapie și la *sfătuire* (engl. *counseling*). Ea caracterizează o anumită atitudine a terapeutului (sau sfătuitorului) față de clientul său; atitudinea aceasta constă în a evita orice intervenție directivă care ar tinde să impună sau chiar să propună modul său de a vedea, sistemul său de valori, obiectivele sale, spre a le substitui acelora ale clientului. Pozitiv, este vorba de a facilita procesele de evoluție și de maturație ale clientului printr-o atitudine de comprehensiune empatică, de autenticitate și de congruență și printr-o atenție pozitivă centrată asupra persoanei în primul rând și nu a problemei. Aceasta se transpune mai ales într-o anumită tehnică a convorbirii: ea constă în reformularea sentimentelor și conținuturilor exprimate de client (reformulare care joacă rolul de oglindă, oferindu-i clientului reflectarea propriului său discurs) și în clarificarea a ceea ce este exprimat, pentru a favoriza conștientizarea; așadar, nondirectivitatea nu se confundă nicidecum cu o atitudine pasivă, de *laisser-faire*. Cu toate acestea, atitudinea nondirectivă nu poate fi redusă la o tehnică, deoarece, în mod fundamental, ea indică o poziție de ascultare, de comprehensiune și de autenticitate într-o relație de ajutorare considerată o relație interpersonală profundă.

Cu timpul, Rogers a extins atitudinea nondirectivă la animarea grupurilor și la relația pedagogică. În practica grupală, animatorul nondirectivist caută să faciliteze întâlnirea și comunicarea între participanți și să asiste evoluția spontană a grupului. *Pedagogia nondirectivistă* pornește de la ipoteza că orice cunoaștere semnificativă (care modifică modul de a gândi și de a se comporta al subiectului) își are originea într-o învățare care nu poate fi transmisă din exterior, ci rezultă dintr-o experiență personală. Funcția pedagogică ar consta în acest caz în instaurarea unui cadru care să

permită un astfel de proces de învățare bazat pe motivațiile, interesele și demersul propriu celui care învață, care își păstrează responsabilitatea și direcția.

Pe un plan mai larg, s-au putut opune, în numeroase forme de relații umane, două stiluri de atitudini: directivist și nondirectivist. În stilul directivist, persoana aflată în poziția de „expert" este aceea care are inițiativa; ea este aceea care definește tema schimbului, pune întrebări, evaluează și interpretează cele spuse de interlocutor, explică modul său de a vedea problema, temperează, dă sfaturi și sugerează soluții. În stilul nondirectivist, dacă poate exista asimetrie între „consultat" și „consultant", acesta din urmă este acela care are inițiativa, propune teme și orientează schimburile; consultatul adoptă o atitudine de comprehensiune empatică, de reformulare și de clarificare.

Aceste atitudini se regăsesc într-o formă specifică de convorbire, convorbirea nondirectivă (→ NONDIRECTIV), care a cunoscut o foarte mare extindere nu numai în domeniul relației de ajutorare, ci și ca tehnică de anchetă în științele umaniste. Convorbirea nondirectivă poate fi utilizată în acest cadru ori de câte ori se explorează trăirea subiectivă a unui subiect, lumea valorilor sale, a motivațiilor și reprezentărilor sale, relația și atitudinile sale față de un obiect. Intervievantul tinde în acest caz să se eclipseze în fața intervievatului și să relanseze discursul său spontan printr-o atitudine de explorare, de reformulare și de clarificare; el urmărește să lase să se exprime universul propriu intervievatului, cu minimum de interferențe și inducții din parte-i.

Există totuși o deosebire importantă între convorbirea nondirectivă terapeutică și aceea care se înscrie într-un demers investigativ. În cea dintâi accentul este pus pe inițiativa clientului, pe comunicarea interperso
și pe schimb, pe când în cea de a
intervievantul este acela care fixează
și obiectivele convorbirii, se străduie
păstreze o anumită neutralitate relatio
și privilegiază culegerea de informații
degrabă decât schimburile.

Bibl.: Pagès, M., *L'orientation non-directi
psychothérapie et en psychologie sociale*, D
Paris, 1986 (3-e éd.); Rogers,C., *Le dévelo
ment de la personne*, Dunod, Paris, 1968;
groupes de rencontre, Dunod, Paris, 1973.

NOSOGRAFIE (engl. *nosology*). **D
ere și clasificare a diferitelor boli,
poate conduce la o veritabilă taxon
medicală.**

Nosografia se deosebește de **nosolo**
așa cum etnografia se deosebește de **e**
logie. Una dintre nosografiile cele
celebre a fost aceea a lui Ph. Pinel, *No
graphie philosophique ou la Méthode
l'analyse appliquée à la médecine*, c
cunoscut șase ediții între 1798 și 1818
fost violent atacată de F.J.V. Broussai
al său *Examen de la doctrine médicale* (18

NOSOLOGIE (engl. *nosologia*). **Ști
generală a bolilor, care conduce la
mularea de teorii patogenice și uneor
sisteme de patologie generală.**

Adesea confundată cu nosografia*, **c**
este în acest caz considerată o sim
metodă de clasificare a bolilor. Răm
întotdeauna pericolul, mai ales în psi
atrie, de a placa o clasificare de sindro
clinice pe o clasificare de factori sau
procese etiologice. Este un pericol pe c
l-au voit evitat, fără a se fi reușit întru to
DSM-III și ediția sa revizuită, ca și no
clasificare internațională a bolilor mint
(C.I.M. 10). Pe de altă parte, unii psihi
se vor categoric antinosologiști, merg

acolo încât să respingă însăși noțiunea
„boală mintală" în analogia sa cu „boala
edicală" (somatică), adoptând în acest
z o concepție unitară despre afecțiunile
ihice.

UCLEI CENUȘII CENTRALI (engl. *basal ganglia, grey nucleuses*). **Ansamblu de nuclei din substanța cenușie ai subtalamusului, situați în partea mediană a creierului.** (Sinonim: nuclei telencefalici subcorticali.)

Nucleii cenușii centrali sunt constituiți de nucleul caudat, putamen, globus pallidum și complexul nuclear amigdalian. Majoritatea autorilor includ în nucleii cenușii centrali nucleii subtalamici și locus niger. Acest ansamblu joacă un rol de control al motricității, iar vătămarea sa determină apariția de mișcări anormale.

O

OBIȘNUIRE (engl. *drug habituation*). **Stare ce rezultă din consumarea repetată a unui drog și care provoacă dorința de a-l consuma din nou.**

Înainte de 1969, termenul de obișnuire semnifica pentru experții din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății: dorința de a continua luarea drogului; tendință palidă sau chiar inexistentă de creștere a dozelor; dependență psihică, dar nu fizică; posibile efecte nocive, dar numai pentru individ. Desemna deci o simplă obișnuire, care se opunea alienării toxicomaniei sau obișnuirii patologice*.

Pe un plan mai general, obișnuirea nu reprezintă decât unul dintre aspectele farmacodependenței* sau toxicomaniilor: adaptarea sau deprinderea subiectului expus la luarea sistematică a unei substanțe psihotrope. Ea implică un grad indubitabil de dependență psihologică și este pentru unii autori (A. Porot, de exemplu) sinonimul fenomenului de toleranță fiziologică: adaptarea organismului la o substanță implică în acest caz o creștere a dozelor, spre a se obține un efect identic. Toleranța este una din cheile dependenței fizice. Pentru una și aceeași substanță ea este variabilă după efecte: astfel, în cazul opi ceelor există o toleranță la efectele psiho trope, dar și una la doza mortal Toxicomanii sunt deci determinați consume zilnic doze care l-ar ucide pe neobișnuit. În cazul barbituricelor, dim potrivă, toleranța nu se exercită asup dozei letale: pericolul obișnuirii este acest caz evident.

OBIȘNUIRE PATOLOGICĂ (eng *addiction;* fr. *assuétude*). **Aservire față d drog, cu dependență psihică și adese fizică.**

Obișnuirea patologică este pentr experții O.M.S. sinonimul *toxicomaniei* ceea ce înseamnă că desemnează o relație de dependență extrem de alienantă, contrar rul simplei *obișnuiri*. Termenul este actualmente mai puțin utilizat decât acela de farmacodependență*. Este totuși frecvent utilizat spre a traduce termenul englez *addiction*, atunci când acest cuvânt desemnează o relație alienantă, nu în mod necesar față de o substanță chimică. Pentru mulți autori (de exemplu, S. Peele) toxicomania nu este decât una din numeroasele forme posibile ale patologiilor obișnuirii.

În relația dintre un subiect și un drog ar exista o infinită varietate de situații între independența absolută și alienarea totală. Nu numai că fiecare individ s-ar situa în mod diferit de-a lungul acestui *continuum*, ci unul și același individ s-ar deplasa într-un sens sau în altul de-a lungul existenței sale (contrar dogmei Alcoolicilor anonimi: „o dată alcoolic, alcoolic pe veci"...). Pe de altă parte, acest concept suplu și care nu implică relația cu un „toxic" permite aplicarea unei reflecții generate de cercetările în toxicomanie la alte domenii ale experienței umane: relații amoroase exclusive, alienante și distructive, obișnuirea patologică cu televizorul, cu munca (acei *workaholics* americani), cu jocul, cu unele sporturi, tulburări ale conduitelor alimentare etc. Ieșind din domeniul strict al clinicii toxicomanilor, unele abordări psihosociale fac joncțiunea cu concepțiile psihanalitice bazate pe noțiunile de dependență sau obișnuire patologică.

OBREGIA (Alexandru O.). **Psihiatru român (Iași, 1860 — București, 1937).**

Printre mentorii săi în domeniul psihiatriei s-au numărat K. Westphal, J.M. Charcot și V. Magnan. Din 1893 a fost director al ospiciului Mărcuța, iar din 1899 a condus Serviciul sanitar al României, patronând construcția primului așezământ psihiatric modern din țară, Spitalul Socola din Iași, dat în folosință în 1905, urmat în 1923 de Spitalul Central din București. „Alexandru Obregia — spune neuropsihiatrul P. Cortez — a fost un remarcabil om de știință și pedagog în domeniul histologiei și al psihiatriei. Ca organizator sanitar a inițiat înființarea a 32 de spitale rurale și a celor două mari spitale de psihiatrie din țară (menționate mai sus). A fost primul din lume care a preconizat și practicat pe scară largă puncția suboccipitală și a făcut temeinice studii anatomopatologice și clinice în sifilisul nervos (sindromul obsesiei dentare, ticul pastilei, care-i poartă numele — din paralizia generală progresivă), pelagră, alcoolism. A sistematizat cadrul nosografic al ciclofreniilor. S-a afirmat și ca un precursor al școlii românești de endocrinologie. Era convins că la baza suferinței psihice stau unele modificări biologice sau biochimice, survenite la diverse niveluri ale sistemului nervos central, fiind însă în egală măsură pătruns de însemnătatea influenței mediului economico-social. Profund cunoscător al stărilor de lucruri ale epocii, a dat un semnal de alarmă în legătură cu neajunsurile pe plan sanitar și a militat pentru o psihiatrie socială. Timp de 41 de ani (1893–1934) a condus serviciul de psihiatrie și Clinica de boli mintale din București" (apud C. Gorgos, sub redacția, *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol. III, Editura Medicală, București, 1989). De notat sunt și cercetările sale în domeniul schizofreniilor.

OBSESIE (engl. *obsession*). **Tulburare psihică durabilă, caracterizată de irupția în conștiință a unui sentiment sau a unei idei care îi apare subiectului ca fenomen morbid care provine, totuși, din propria-i activitate psihică și persistă un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, în pofida voinței sale conștiente și a tuturor eforturilor de a se debarasa de acel sentiment sau de acea idee.**

Alienistul francez J. Falret a fost acela care a introdus termenul (pornind de la verbul latin *obsidere*, a asalta, a lua în stăpânire), pentru a sublinia în ce măsură unele idei patologice asediază conștiința pacientului. Multă vreme s-a crezut că este

vorba de o patologie a voinței, deoarece bolnavul nu părea să aibă tăria de a se debarasa de ideile obsedante. S. Freud a dat fenomenului o explicație psihanalitică, făcând apel la noțiunile de refulare, izolare, anulare și regresie la stadiul sadico-anal, atunci când el a individualizat nevroza obsesională*. Obsesia este, în general, asociată cu compulsia, acțiune pe care subiectul este obligat să o săvârșească împotriva voinței sale conștiente. În limba germană, de altfel, „Zwang" corespunde atât *obsesiei*, atunci când este vorba de idei (*Zwangsvorstellung*, reprezentare obsedantă), cât și *compulsiei*, atunci când este vorba de acte (*Zwangshandlung*, acțiune compulsivă).

Fenomenele obsesionale sunt destul de frecvente (peste 2% din populația generală suferă de obsesii). Pe plan clinic vom deosebi obsesii fobice, ideative, impulsive, foarte adesea „aliate" cu rituri (compulsii). Structura obsesională poate cunoaște toate stările intermediare, de la simpla „preocupare obsesională" și până la afecțiunea severă, invalidantă. O treime dintre pacienți cunosc tulburări înaintea vârstei de 15 ani. Tulburările obsesionale ale copilului s-ar demarca totuși printr-o predominanță masculină, asociindu-se cu unele tulburări neurologice sau psihopatologice. Aceste tulburări sunt rareori tratate în copilărie, deoarece ele nu stingheresc activitățile școlare.

Tratamentele sunt în același timp variate și complementare: psihanaliză, psihoterapie individuală, terapii cognitive comportamentale (mai ales tehnica expunerii) și, în sfârșit, chimioterapii. Recent, tratamentul medicamentos al tulburărilor obsesionale a beneficiat de punerea la punct a unor molecule care inhibă recaptarea serotoninei la nivel central (fluvoxamină, fluoxetină, trazodonă), medicamente c și-ar fi dovedit eficacitatea printr-un ef exclusiv antiobsesional.

Trebuie știut că aceste tulburări sunt general, destul de rezistente la diverse t peutici și că psihanaliza, îndeosebi, trel uneori prelungită pe o foarte mare du ca să fie eficace (M. Bouvet).

OBSIDIONAL(Ă) (engl. *obsession* **Se spune despre o idee, despre o impu sau acțiune în raport cu tulburări hice de natură obsedantă, care se imp subiectului împotriva voinței sale.**

Adjectiv cam desuet, care practic confundă cu termenul *obsesional*, excepția cazului în care este utilizat pen a descrie o psihoză colectivă care love populația unui oraș asediat (*fiè obsidionale*).

OCROTIRE JURIDICĂ (fr. *sau garde de justice*). **Măsură de protec provizorie a unui major care are nevo de a fi protejat în actele vieții civ rezultat al unei declarații înaintate procurorul Republicii de către un med sau de către judecătorul de tutele.**

Ocrotirea juridică este o măsură urgență instaurată de legea din 3 ianuar 1968 privind reforma dreptului incapab lilor majori. Unele persoane nu mai sunt stare să-și apere cum se cuvine interesel să practice actele elementare ale viet civile. Acesta este cazul unor bolnav mintali sau al unor persoane care prezint infirmități corporale, cazul tuturor tulbu rărilor care împiedică exprimarea voinței sau discernământul necesar. Înainte de legea din 1968, numai bolnavii care făceau obiectul unei internări erau deposedați de gestiunea patrimoniului lor pe toată durata spitalizării. La externare, ei își recăpătau de

dată drepturile civile. În urma legii din nuarie 1968, medicalul și juridicul sunt deparate; astfel, de exemplu, un pacient tratat în ambulatoriu poate face obiectul unei ocrotiri juridice, pe când un altul spitalizat psihiatric nu va face obiectul nici unei măsuri de protecție. Legea din 1968 enunță principiul general al nulității actelor în caz de insanitate a spiritului și instituie trei mari regimuri de protecție: curatela, tutela și ocrotirea juridică. Curatela este o măsură privind incapacitatea parțială, pe când tutela este un regim ce privește incapacitatea totală. Incapacitatea se referă la pierderea puterii de a-și exercita singur drepturile și obligațiile.

Ocrotirea juridică devine aplicabilă de îndată ce certificatul redactat în acest scop de un medic specialist este înregistrat la parchetul procurorului Republicii. Majorul își păstrează exercitarea tuturor drepturilor sale. Cu toate acestea, actele pe care el le-a încheiat sau angajamentele contractate vor putea fi declarate nule pentru o simplă ofensă sau limitate în caz de exces. Dacă persoana protejată a constituit, după punerea sa sub ocrotire juridică, un mandatar care să-i administreze bunurile, acestui mandat i se dă curs. În absența acestui mandat, vor fi respectate regulile gestiunii de afaceri. Unele persoane apropiate sau terțe persoane au totuși obligația să gereze patrimoniul celui protejat. Dacă este cazul, judecătorul de tutele va putea desemna un mandatar special, cu scopul de a îndeplini acte de natură determinată.

Ocrotirea juridică încetează: printr-o nouă declarație, care atestă că situația anterioară a luat sfârșit; printr-o prescriere a declarației medicale, în cazul că aceasta nu a fost reînnoită: prima declarație se perimează după două luni, iar declarațiile în scopuri de reînnoire se perimează în șase luni; prin radiere, pe baza deciziei procurorului Republicii; prin instituirea unei tutele sau a unei curatele; în ambele situații, măsura este pronunțată la nivelul tribunalului de instanță, printr-o hotărâre a judecătorului de tutele.

OENILISM. Intoxicație alcoolică cu vin.

OLIGOFRENIE (engl. *oligophrenia*). **Deficiență mentală globală de origine organică.**

Este cazul unor insuficiențe ale dezvoltării psihice datorate unor malformații sau unor dismetabolii cerebrale. Se descrie, de exemplu, o oligofrenie fenilpiruvică de origine ereditară detectată cu ajutorul testului Guthrie* încă din primele zile de la naștere. Termenul este totuși din ce în ce mai des înlocuit cu acela de *arierație mentală**, care are o accepțiune mai largă.

ONIROID (engl. *oneiroid*). **Se spune despre o stare delirantă care are o analogie cu gândirea visului, fără a se asocia cu confuzie mentală.**

Aceste *deliruri oniroide* (S. Follin) se disting de onirismul confuzional din *delirium*, deși în general rămân subacute. Chiar atunci când evoluează timp îndelungat, acestea sunt procese „delirante reversibile", „rătăciri ale stării de conștiință" care nu antrenează o vătămare profundă a personalității și nici o disociere mentală, ca în schizofrenie, ci intră mai degrabă în cadrul psihozelor isterice sau al unor forme delirante ale psihozei maniaco-depresive.

OPIACEU (engl. *opiate*). **Preparat pe bază de opiu sau substanță naturală,**

semisintetică sau sintetică ce exercită o acțiune comparabilă cu aceea a opiului.

Opiul este, fără îndoială, cel mai vechi medicament. După „teriacul" lui Galen, o serie de preparate farmaceutice pe bază de opiu au fost utilizate atât la recomandarea medicilor, cât și de către toxicomani: laudanumul lui Sydenham (secolul al XVII-lea), elixirul paregoric (a cărui comercializare se face pe bază de rețetă medicală, din 1989, în Franța) etc. Principalul alcaloid activ al opiului este *morfina*, izolată în 1801. Codeina este foarte utilizată pentru efectul ei antitusic, dar este și psihotrop, precum și analgezic: toxicomanii utilizează adesea siropurile sau comprimatele antitusice ca pe substitute ale heroinei. Tebaina este un alt alcaloid psihoactiv al opiului. Alți alcaloizi (papaverină, narseină, noscapină) sunt lipsiți de acțiune psihotropă. Mereu în căutarea unui produs ideal, care să aibă efectele medicamentoase ale morfinei, dar fără a produce dependență, cercetătorii au inventat multe opiacee de sinteză: toate sunt clasificate ca stupefiante și toxicomanogene. Petidina, dextromoramida sunt bine cunoscute toxicomanilor. Pentazocina și mai ales dextropropoxifena sunt mai puțin active. Fentanilul nu este utilizat decât în anesteziologia chirurgicală. Dintre opiaceele de sinteză, metadona constituie un caz aparte: opiaceu în întregime, ea are aceleași efecte și aceeași putere de a genera dependență, dar este un produs cu acțiune prelungită (peste 24 ore). Această proprietate a stat la baza utilizării sale (Dole și Nyswander) începând din anii 1960, ca tratament de întreținere (de menținere) a opiomanilor.

Cea mai importantă acțiune psihotropă a opiaceelor este efectul analgezic: ele diminuează sau suprimă toate tipurile de durere, mai ales cronică. După substanț după calea de administrare, acest efect fi mai mult sau mai puțin important durabil. Paralel există anestezie (dimi area percepțiilor nedureroase). Eufo sedația, efectul „narcotic" sau „stupefia sunt strâns legate de această acți analgezică.

Pe planul fizic, acțiunea se exprimă p mioză, grețuri sau vomismente, constip și depresie respiratorie (acțiune *a mini* antitusică, *a maxima* responsabilă de mo tea prin stop pulmonar în caz de co cauzată de superdoză). Toleranța (ob nuirea organismului) este extrem de m pentru toate aceste efecte, inclusiv pen doza mortală (spre deosebire de bar turice): toxicomanii ajung să consume d net superioare dozelor mortale pentru neobișnuiți. Dependența psihică și fizi este extrem de puternică. Ea se exprim printr-o „lipsă", un *sindrom de sevraj* ti (→ HEROINĂ): după produsul în cau variabile sunt doar intensitatea și dur acestui sindrom.

Înțelegerea mecanismului de acțiun opiaceelor a făcut, din anii 1970–19 progrese considerabile: mai întâi pr localizarea în sistemul nervos a zonel receptoare ale acestor produse, apoi p punerea în evidență la neuroni a unor t ceptori specifici; în sfârșit, prin identi carea și izolarea unor substanțe endoge endorfinele, care se fixează în star fiziologică pe acești receptori. Endorfin ar fi modulatorii durerii, ba chiar și plăcerii. (Ar fi confirmarea neurofizi logică a „principiului plăcerii", constitui du-i reglarea.) Saturând pozițiile receptoa opiaceele, într-o primă fază, suprimă d rerea și procură plăcere. Adaptarea neur nilor se exprimă prin diminuare progresivă a efectelor lor. Când are l

stoparea, înainte ca mecanismele celulare normale să-și reia cursul, se produce un efect invers: lipsa, cu cortegiul ei de suferințe. Unii farmacologi au crezut că au găsit în endorfine cheia toxicomaniei (care s-ar datora unui deficit de endorfine sau de receptori etc.). Trebuie mai degrabă să vedem aici o confirmare a datelor clinice și a realității plăcerii exogene toxice. Există molecule antagoniste ale opiaceelor, care le suprimă efectele. Naloxona, de exemplu, este utilizată în comele cauzate de supradoze. Unii au propus utilizarea acestui produs la toxicomani, ca antiabuzul la alcoolici. Actualmente cercetările au în vedere substanțe cu acțiune mixtă, atât agoniste, cât și antagoniste (ca buprenorfina): aceste substanțe au un efect opiaceu, dar „blochează" receptorii, împiedicând acțiunea altor morfinice. Desigur, trebuie să ne așteptăm la unele progrese în cercetarea acestor produse (în materie de tratament al durerii, îndeosebi), dar primele abuzuri toxicomanice au și fost semnalate.

OPIOMANIE (engl. *opium addiction*). **Toxicomanie cu opiu.**

OPIU (engl. *opium*). **Suc din macul somnifer (*Papaver somniferum albumi*), bogat în alcaloizi psihotropi.**

Opiul brut este latexul coagulat al capsulelor de mac. Există, de asemenea, forme preparate și medicinale de opiu.

Puterile psihotrope ale macului sunt cunoscute din timpuri străvechi: urme s-ar găsi în textele cuneiforme datând de patru milenii înainte de era noastră, găsite pe amplasamentul orașului sumerian Uruk. În Mesopotamia, China, Egipt, Grecia, macul a fost unul din primele medicamente utilizate ca sedativ, somnifer sau antalgic. Băutura magică împotriva tristeții, despre care se vorbește în *Odiseea*, nu ar fi alta decât o băutură din mac. După Hipocrate, Andromahus (medic al lui Neron) îl prescrie ca medicament, urmat în secolul al II-lea al erei noastre de Galen: acesta a fost inventatorul „teriacului", preparat extrem de complex pe bază de opiu, care, cu variantele sale, a subzistat în farmacologie până la începutul secolului XX. Împăratul Marc Aureliu ar fi fost unul dintre primii opiomani.

La sursa mitului romantic al opiului a stat și un alt preparat: laudanumul medicului englez Th. Sydenham, care a trăit în secolul al XVII-lea.

În secolul al XIX-lea, exploatarea macului cultivat în India a fost o sursă de profit considerabil pentru englezi. Principal destinatar al acestui trafic, China, a trebuit să limiteze importurile, din motive de „sănătate publică". Pe timpul domniei reginei Victoria au avut loc războaiele opiului, duse de Marea Britanie și de aliații săi, între care Franța, spre a obliga China să accepte comerțul.

La începutul secolului XX, opiul consumat de imigranții chinezi în Statele Unite avea să apară drept prototipul drogului periculos venit din exterior. Conferințe internaționale au dus la primele interdicții privind drogurile, opiaceele fiind primele dintre stupefiante.

O dată cu S.T. Coleridge, Th. de Quincey a contribuit la mitul opiului, drog atotputernic și satanic, panaceu și panpatogen. Ale sale *Confesiuni ale unui consumator de opiu* (1822), traduse de A. de Musset, apoi de Ch. Baudelaire (o versiune românească se află în prezent în librării — notă L.G.) reprezintă, fără îndoială, primul exemplu de autobiografie a unui toxicoman. Ca și Quincey, Baudelaire a devenit sclavul laudanumului, inițial într-un scop terapeutic.

Paradisurile artificiale exprimă întreaga sa fascinație și ambivalență față de droguri. Decadenții de la finele secolului al XIX-lea au găsit aici încurajare: opiul, obiect romantic de literatură, inaugura mitul drogurilor moderne. Opiomania zisă „terapeutică", prin ingestie, și-a adăugat exotismul o dată cu apariția fumătoriilor de opiu, practică adusă din Orient de marinari și de primii colonizatori din Indochina. C. Farère, P. Loti și alții au depus mărturie despre această vogă. Ca toate opiaceele, opiul este un psihotrop care produce euforie, anestezie și o dependență fizică și psihică. Locul său este totuși neînsemnat printre drogurile utilizate de toxicomanii actuali, care preferă opiacee mai concentrate și mai puternice, ca heroina. Folosirea opiului, care a fost una din cauzele interdicțiilor în materie de droguri, apare azi ca un năravblând față de practicile acelor *junkies** de astăzi.

ORGANOGENEZĂ (engl. *organogenesis*). **Concepție etiologică generală care atribuie o cauză organică majorității tulburărilor psihiatrice.**

Organogeneza bolilor mintale a fost apărată cu vigoare în Franța, începând din 1840. Tinerii medici alienişti ai vremii respingeau cauzalitatea psihogenetică a nebuniei susținută de Ph. Pinel și E. Esquirol și reprezentată de tratamentul moral practicat de F. Leuret (cu excese condamnabile de agresivitate și de violență asupra bolnavilor). Pornind de la ideea că bolnavul mintal trebuie tratat cu tot atâta respect ca și acela care suferă de o afecțiune medicală, ei își orientau cercetările, în spatele lui G. Ferrus și J. Moreau de Tours, spre descoperirea leziunilor anatomice sau biologice cerebrale susceptibile să explice apariția diverselor forme de nebunie. În 1845, Moreau de Tours, publicând o lucrare asupra hașișului, compara efectele toxicului cu acelea ale maladiei mentale, spre a afirma, cam pripit, că toate tulburările psihice au o origine organică. Și astfel recitea teza lui A.J. Bayle, care, în 1822, împreună cu magistrul său P.P. Royer-Collard, descrisese o maladie atât mentală cât și neurologică, arachnita, adică inflamarea cronică a meningelui, determinând în același timp un delir cu evoluție spre demență și o paralizie progresivă, de unde numele pe care i-l va da mai târziu J. Requin, acela de „paralizie generală progresivă". Această meningită cronică devenea în acest caz modelul, paradigma maladiei mentale datorate unei vătămări a meningelui și a creierului (cum a arătat L.V. Calmeil). Se uita că cei dintâi care au descris-o nu au făcut din ea decât o „frenezie cronică", adică o „nebunie simptomatică" a unei vătămări cerebrale, o afecțiune neuropsihiatrică, pentru ca, în culmea entuziasmului, să se vadă însăși „nebunia în esența ei". Câțiva ani mai târziu, bazându-se pe caracterele evolutive care permit individualizarea bolilor în medicină, J.P. Falret i-a dat „nebuniei circulare" un statut nosologic precis, confirmat de E. Kraepelin, care va face din ea psihoza maniaco-depresivă. Kraepelin își bazează și el individualizarea afecțiunilor mentale, și în special a psihozelor, pe acest criteriu al evoluției, raportând cauzalitatea lor organică (în absența descoperirii unor leziuni cerebrale precise) la o cauză somatică endogenă, într-o concepție care va avea un mare succes, în pofida impreciziei sale și a aspectului de „oracol din Delfi al psihiatriei", cum a calificat-o K. Kolle. H. Ey a ironizat și el pe tema acestui „oracol" și a „nodului gordian" pe care trebuia „să aibă curajul să-l taie". El încearcă să-i dea organogenezei dimensiunea dinamică ce îi lipsea, construindu-și teoria organodinamică cu privire la maladiile mentale, bazată pe un neojacksonism (→ JACKSONISM ȘI NEOJACKSONISM) care îl clarifica și îl îndepărta definitiv — credea el — de organomecanicismul, localizator și reducționist, al partizanilor obișnuiți ai organogenezei. De fapt, el însuși nu ieșea dintr-un organicism ale cărui aspecte psihodinamice rămâneau pur funcționale. Dar între timp, de la începutul secolului XX, S. Freud și revoluția psihanalitică au redat vigoare psihogenezei* maladiilor mentale; o dată cu sociogeneza lor, iau avânt aspectele cele mai dinamice ale psihiatriei și majoritatea formelor actuale de psihoterapie*.

Cu toate acestea, organogeneza rămâne întru totul de actualitate și bine apărată, în special în tot ceea ce numim psihiatrie biologică, neuropsihiatrie*, psihofarmacologie* și în diversele aplicații ale neuroștiințelor* la diagnostic și la tratamentul maladiilor mentale. Dintre aceste neuroștiințe, neuropsihologia, pe de o parte, neurochimia cerebrală, pe de altă parte, au adus clarificări noi extrem de importante. Cea dintâi a renovat profund problema localizărilor cerebrale și a permis mari progrese în cunoașterea asimetriei funcțiilor cerebrale între cele două emisfere (R.W. Sperry) și în aceea a restaurărilor postlezionale ale creierului. Cea de a doua, axată pe neuromediatori și pe sistemele adrenergice, dopaminergice și serotoninergice, a permis o mai bună înțelegere a perturbațiilor transmisiei sinaptice și a funcționării anumitor substanțe psihotrope.

Dar încă este vorba doar de cunoștințe fragmentare, în sânul unei complexități neurochimice foarte mari, care nu pot explica patogenia maladiilor mentale într-o perspectivă unicistă, cum ar dori-o unii. „Neurochimia maladiilor mentale nu se reduce la universul terapiilor neuroleptice așa cum nevrozele nu se reduc în mod efectiv la inversul perversiunilor" (G. Lanteri-Laura). De fapt, marile conflicte dintre ideologiile dominante care privilegiază o singură cauzalitate, disprețuindu-le pe celelalte, nu mai sunt la modă. Fără a cădea în ateorism, psihiatrii de azi au mai degrabă tendința de a lua în considerare factori multipli în declanșarea unei maladii psihice și de a utiliza diversele modele propuse de cercetători, potrivit cu valoarea lor euristică, pentru a explica un punct precis al dezvoltării, al simptomatologiei și tratamentului afecțiunii mentale a pacienților lor.

Bibl.: Cossa, P., *Approches psychopathogéniques des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1959; Deshaies, G., *Psychopathologie générale*, P.U.F., Paris, 1959; Ey, H., *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1974; Guiraud, P., *Psychiatrie générale*, Le François, Paris, 1950; Moreau de Tours, J., *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, Fortin et Masson, Paris, 1845; Zarifian, E., *Les jardiniers de le folie*, O. Jacob, Paris, 1988.

ORTOFONIE (engl. *orthophony*). **Specialitate paramedicală al cărei obiect este studiul și tratamentul tulburărilor de limbaj (vorbire, voce), oricare ar fi cauza lor și oricare ar fi vârsta pacientului.**

Recunoașterea oficială a ortofoniei este de dată recentă: ea nu și-a dobândit locul în nomenclatura generală a actelor profesionale decât din 27 martie 1972. În mod general, intervenția ortofonistului este consecutivă unei decizii medicale, frecvent luată de o echipă pluridisciplinară. Ortofonistul este solicitat de un evantai patologic extrem

de întins, interesând mai multe specialități medicale; practica sa este deci foarte diferită, după cum intervine într-un spital specializat în otorinolaringologie, în neurologie sau într-o echipă medicopsihologică. Competențele sale trebuie deci să se întindă de la științele umane la pedagogie, trecând prin psihologie și neurologie. Ele se dobândesc în trei ani de studii superioare. Ortofoniștii pot interveni la pacienți de toate vârstele.

Mijloacele de depistare a handicapurilor senzoriale (surditate, cecitate), a infirmității motorii cerebrale la copilul mic permit reeducări ortofonice mai precoce. De exemplu, la luarea în sarcină a copilului surd unii prevăd să i se permită acestuia accesul la lumea sonoră și la producția vocală, apelându-se la aparataj și la educația sonoră.

Ortofonistul intervine și în cazul copilului nehandicapat senzorial care prezintă o întârziere de limbaj sau dificultăți în exprimarea orală, ținând seama de tulburările de înțelegere și de realizare a limbajului. Bilanțul se situează în acest caz în cadrul evaluării medicopsihologice, care caută să determine originea dificultăților de comunicare și de funcționare ale copilului și/sau ale familiei sale. Dacă ortofonistul constată o întârziere masivă a dezvoltării limbajului, echipa va putea lua o decizie în ceea ce privește terapeutica, ținându-se seama de datele anamneziei, ale personalității părinților și de relațiile lor cu copilul și simptomul său. Reeducarea putea fi axată pe sensul ritmului, al tenției corporale sau pe achizițiile struturilor sintactice sau evocarea cuvintelor. Nu trebuie neglijată bâlbâiala. Ortofonistul poate, de asemenea, să colaboreze luarea în sarcină a dificultăților învățăcititului și scrisului la copiii școlarizați cursul pregătitor (→ DISLEXIE).

În cazul adultului, ortofonistul este chemat să-i reeduce pe pacienții cu afazie, adică pe cei care au tulburări de vorbire urma unei vătămări neurologice. În otorinolaringologie, ortofonistul intervine parcursul operării chirurgicale a disfoniilor sau la cei laringectomizați. În sfârșit, indicațiile ortofoniei la persoanele în vârstă sunt din ce în ce mai importante, în vederea ameliorării depistării și tratamentului tulburărilor de auz, de voce sau de limbaj. Această specialitate este în plină expansiune, ceea ce reflectă interesul tot mai mare pentru problemele de comunicare și de limbaj.

Bibl.: Aimard, P., Morgon, A., *Approche méthodologique des troubles du langage chez l'enfant*, Masson, Paris, 1983; Launay, C., Borel-Maisonny, S., *Les troubles du langage, de la parole et de la voix* (2-e éd.), Masson, Paris, 1976; Actes scientifiques du Congrès international d'orthophonie, *L'orthophonie, ici, ailleurs, autrement, approches cognitivistes et pragmatiques*, L'Ortho-édition, Isbergues, 1988.

P

PACIENT DESEMNAT (engl. *designated patient*). **Persoană desemnată, dintre pacienți, în cursul unei terapii familiale, ca factor reglator al procesului terapeutic.**

Prin manifestările sale de comportament, un asemenea pacient va semnala variațiile de tensiune emoțională care se produc în interiorul sistemului familial, atât acasă, cât și în ședința terapeutică. → TERAPII FAMILIALE.

PACK → ÎMPACHETARE.

PALILALIE (engl. *palilalia*). **Repetare de cuvinte, de silabe, de onomatopee, într-un ritm uneori extrem de rapid, care evocă tahifemia.**

Adesea asociată cu ecopraxia și cu ecolalia (palilalia fiind considerată de unii drept o simplă autoecolalie), ea se manifestă în demențe și în fazele catatonice ale schizofreniei. Se întâlnește, de asemenea, în boala Parkinson și în sindroamele pseudobulbare, fiind în aceste cazuri un fenomen neurologic, simptom al unei tulburări motorii subcorticale.

PALO ALTO → ȘCOALA DE LA PALO ALTO.

PARAMNEZIE (engl. *paramnesia*). **Vătămare a memoriei imediate caracterizată prin false recunoașteri și iluzia *déjà-vu* sau *déjà-vécu*.**

Asociindu-se adesea cu un sentiment de stranietate* și de dereal*, paramnezia se manifestă în stările de conștiință modificate (crepusculară sau hipnoidă) și în faza de debut a psihozei Korsakov*.

PARANOIA (engl. *paranoia*). **Psihoză cu caracter cronic, caracterizată printr-un delir în general bine construit și sistematizat, asociat cu tulburări de judecată și de percepție, dar fără deteriorare intelectuală și fără afectarea funcțiilor instrumentale.**

ISTORICUL DESCRIERII PARANOIEI. Pentru alieniștii francezi, paranoia a corespuns mai întâi delirului de persecuție descris de C. Lasègue. Această entitate nosologică, apărută în 1852, își are originea în unele forme de *melancolie* sau deliruri parțiale descrise de Ph. Pinel și se definea în cadrul *monomaniilor* descrise de E. Esquirol pentru a distinge melancolia sau lipemania (delirul trist) de delirurile

monomaniace, dintre care monomania de persecuție este una din formele cele mai frecvente. F. Leuret insistă cel dintâi asupra distincției dintre deliranții „incoerenți" și „aranjorii" al căror delir se sistematizează, se organizează într-un mod logic (1834). Mai târziu, V. Magnan precizează caracteristicile delirului cronic cu evoluție sistematică, opunându-l delirurilor prost construite ale degeneraților. Elevii săi, P. Sérieux și J. Capgras, dau numele lor formei celei mai tipice de delir: *delirul de interpretare** sau nebunia rațională (1909), care se va confunda cu paranoia așa cum apărea ea în acea vreme, în clasificarea lui E. Kraepelin, sub numele de *Verrücktheit*. Așa o numise în Germania, din 1845, W. Griesinger, insistând asupra originii sale primitive, independente de orice cauză exterioară sau de orice stare morbidă anterioară. În tratatul său din 1863, K. Kahlbaum reia termenul de *paranoia* pentru a descrie, la capitolul despre *vecordias* (boli mintale în care vătămarea psihică este parțială, în opoziție cu tulburările de intelect [*vesanias*], care afectează definitiv totalitatea psihismului, și cu disfreniile, care nu-l afectează decât temporar), tulburările intelectului. Alături de paranoia, el face loc distimiei, vătămare a sferei afective, și diastrefiei, vătămare a voinței. În această perspectivă moștenită, prin intermediul lui J.C. Heinroth, de la filosofia kantiană, paranoia apare deci ca maladia funcțiilor de judecată și de înțelegere, opunându-se aceleia a emoțiilor și sentimentelor, ceea ce exclude orice patogenie emoțională sau psihoafectivă.

R. Krafft-Ebing este acela care descrie *paranoia primitivă* la subiectul tânăr, recognoscibilă după delirul bine sistematizat, care se opune unor *paranoia tardive*, slab sistematizate și care din cauza aceasta vor fi numite deliruri paranoide. Kraepelin, în edițiile succesive ale *Tratatului* său (d 1883 în 1905), o apropie progresiv pe c dintâi de psihonevroze, iar pe celelalte î încadrează în demența precoce, sub num de „demențe paranoide". Kraepelin izo lează astfel cu grijă paranoia de demen precoce, în așa măsură încât, în ediții succesive ale tratatului său, ea are un l tot mai limitat, spre a nu mai defini dec delirurile bine sistematizate, fără nici vătămare demențială, și mai ales deliruri interpretative. Avem de-a face, scrie el, o dezvoltare insidioasă, sub dependen unor cauze interne și după o evoluție con tinuă, a unui sistem delirant durabil imposibil de zdruncinat, care se instaurea în condițiile păstrării în întregime a clar tății și ordinii gândirii, voinței și acțiunii

Astfel, îngustarea progresivă a cadrul paranoiei va permite extinderea cadrul demenței precoce, care, devenită o dată c Bleuler schizofrenie, înglobează finalmen aproape toate psihozele cronice. Școal franceză se opune totuși acestei evolu nosografice constatată în Germania și ț țările anglo-saxone. Sub influența lu H. Claude și apoi a lui H. Ey, deliruri cronice rămân izolate de demența precoce Ele se regrupează după organizarea, con strucția sau structura lor în trei mar categorii: deliruri cu structură paranoid (deliruri incoerente, nesistematizate, cel mai apropiate de formele delirante ale schizofreniei, care sunt demențele para noide); deliruri cu structură parafrenic (deliruri fantastice, a căror proliferare, de încă foarte haotică și de inspirație diversă se organizează întrucâtva ca, în arhitectură *Palatul ideal* al factorului Cheval); și delirurile cu o structură paranoică, care „se caracterizează prin dezvoltarea sistema tică și coerentă a unei drame persecutive prin argumentarea ireductibilă, lucid

penetrantă și chiar contagioasă, prin tonalitatea fundamentală afectivă și agresivă, prin absența unei notabile decăderi psihice. Aceste deliruri, halucinatorii sau nu, regrupează delirurile pasionale, delirurile de interpretare, unele deliruri de influență" (C. Nodet). Această specificitate structurală a paranoiei va susține, așadar, cele două mari forme clinice, delirurile pasionale cu o idee prevalentă, pe de o parte, și delirurile de interpretare care se extind în rețea, pe de altă parte.

CELE DOUĂ MARI FORME CLINICE ALE PARANOIEI. Psihiatria distinge, în mod clasic, delirurile pasionale și delirurile de interpretare.

Delirurile pasionale. Cunoscute sunt mai ales erotomania, delirul de gelozie și acela de revendicare.

Erotomania, descrisă de G.G. de Clérambault, este iluzia delirică de a fi iubit de un obiect cel mai adesea inaccesibil (vedetă, om politic de vază, medic, preot, avocat, aceste din urmă profesii fiind în mod special predispuse a servi drept obiect erotomanului, care, în opt din zece cazuri, este femeie). Afecțiunea evoluează în trei stadii: după o fază a speranței, adesea prelungită, urmează faza decepției, în cursul căreia solicitările sunt tot mai inoportune pentru obiect, apoi faza ranchiunei, care se poate asocia cu manifestări medico-legale grave (șantaj, conduite agresive, iar uneori tentative de asasinat).

Delirul de gelozie este o gelozie erotică morbidă, pe care trebuie să-l distingem bine de delirurile de gelozie secundară ale alcoolicului. Această gelozie este adesea expresia unei pasiuni homosexuale inconștiente față de rival (D. Lagache).

Delirul de revendicare se caracterizează prin trebuința prevalentă și voința ireductibilă de a face să triumfe o cerință a cărei satisfacere este refuzată de societate. Pacientul are convingerea de nezdruncinat că deține adevărul și că este de o deplină bună-credință. Se apropie de delirurile de filiație și de rudenie celebră nerecunoscută (în genul falsului „Ludovic al XVII-lea", „fiica țarului scăpată de la masacru" îndeosebi), de delirurile mistico-religioase și politice (de care suferă unii asasini de șefi de stat, regicizi descriși de E. Régis), delirurile de invenție („inventatori nerecunoscuți" ai tratamentului cancerului, ai unui *perpetuum mobile*, de exemplu, nefiind întotdeauna ușor să-i deosebești de inventatorii autentici, pe cât s-a susținut). În sfârșit, „idealiștii pătimași" descriși de M. Dide și P. Guiraud, adesea reformatori sau mistici, pot și ei intra în această categorie, chiar dacă avem de-a face mai puțin cu deliranți veritabili cât cu personalități psihopatice.

Delirurile de interpretare. Cât privește delirurile de interpretare, forma lor cea mai frecventă este delirul de persecuție cu interpretări multiple, care se extinde în rețea și invadează încetul cu încetul toate activitățile pacientului. Uneori se asociază cu halucinații. Conduitele agresive sunt foarte frecvente: denunțuri, plângeri nejustificate la poliție și la procuror, lovituri, răniri și uneori uciderea „persecutorului" sau a „persecutorilor". I se aseamănă o formă individualizată de E. Kretschmaer, delirul de relație sau paranoia senzitivă, care survine la subiecții sensibili și timizi, capabili să se înfrâneze în fața unor experiențe dureroase trăite, până când reacția brutală delirantă invadează în mod persecutor întreg sistemul relațional al pacientului.

SOCIOGENEZA PARANOIEI. Paranoia nu este o simplă tulburare a judecății. Ea

își are rădăcinile într-o vătămare profundă a psihismului, de ordin instinctiv-afectiv, bine pusă în evidență de S. Freud și elevii săi (→ DELIR). Trebuie însă știut că și influența mediului va juca un rol considerabil în evoluția paranoicilor deliranți. Dacă ameliorarea tratamentului medicamentos și a psihoterapiei a permis o transformare a sorții lor într-un sens destul de favorabil pentru cei mai mulți dintre ei, societatea, în toleranța și intoleranța sa, are, de asemenea, o influență importantă asupra destinului lor. Americanul E. Lembert a arătat bine că, în unele cazuri, procesul patologic al paranoiei nu este numai acela al personalității paranoicului, ci și acela al ansamblului interacțiunilor și relațiilor sociale ale pacientului. Într-un fel, „paranoicii își au și ei inamicii lor". Viitorul paranoic este puțin câte puțin exclus și literalmente *persecutat* de anturajul său, care adoptă față de el o atitudine polițienească și „conspiratoare". Putem deci vorbi de „natura conspirativă" a acestei excluderi. Tot mai „indezirabil", viitorul paranoic este izolat de grup, pus în carantină, la „secret". Manifestările originale ale comportamentului său sunt „amplificate" și „interpretate" în sensul cel mai peiorativ și patologic. În felul acesta se creează în jurul lui acea „spirală de minciuni", bine descrisă de E. Gofman, conducându-l în mod treptat pe subiect la veritabilul delir. Această sociogeneză a paranoiei este importantă. Ea ne-ar putea face să înțelegem mai bine modul în care o societate totalitară poate să facă dintr-un opozant până atunci sănătos la minte un paranoic autentic. Dar ce să spunem de acei oameni care îi transformă pe alții în paranoici? Nu ei ar fi adevărații paranoici? Așa cum constată R. Laing în *Faptele vieții*: „Mă interesează foarte mult cuvintele, atât prin ceea ce avem de la ele, cât și prin ceea ce nu ave... Cuvântul *paranoia*, de exemplu. Găs... întotdeauna straniu că dispunem de ac... cuvânt pentru a semnifica faptul că cine... se simte persecutat, pe când cei care ... persecută nu cred că el este persecutat. D... nu dispunem de cuvinte pentru a distin... situația în care persecutați pe cineva f... a vă da seama de lucrul acesta, situație p... care aș socoti-o la fel de gravă ca și ce... laltă și care, în mod cert, nu este mai pu... frecventă."

PSIHAN. Utilizarea termenului paranoia, foarte veche în psihiatrie, a evoluat de la... o extensiune extrem de largă care era pe... punctul de a îngloba în psihiatria germană... a secolului al XIX-lea totalitatea deliru... rilor la o utilizare mai precisă, limitată... îndeosebi sub influența lui E. Kraepelin... (1899), la psihozele în care se instalează un... sistem delirant durabil și de nezdruncinat... care lasă intacte facultățile intelectuale, ... voința și acțiunea. Termenul corespunde ... conceptelor de *monomanie* și de *delir ... cronic sistematizat* al autorilor vechi, ... distingându-se deci de schizofrenie sau ... demența precoce.

S. Freud, pe urmele lui Kraepelin, adoptă ... această largă diferențiere și înglobează în ... paranoia, în afară de delirul de persecuție, ... erotomania, delirul de gelozie și delirul de ... grandoare. El se opune astfel lui Bleuler, ... care include paranoia în grupul schizofreni... ilor, regăsind la originea celor două mala... dii mentale aceeași tulburare fundamentală, ... disocierea. Această din urmă concepție este ... aceea care prevalează actualmente în ... școala psihiatrică americană de inspirație ... psihanalitică.

Totuși, Freud, din alte rațiuni, în special ... pentru că sistematizarea delirului nu este ... suficientă după părerea sa spre a defini ... paranoia, nu ezită să atașeze la acest grup ... numite forme, zise „paranoide", ale de... menței precoce. În consecință, chiar în ... titlul lucrării sale privind cazul Schreber, ... el echivalează paranoia cu demența para... noidă (*dementia paranoides*).

Dar aportul esențial al psihanalizei în ... legătură cu paranoia nu privește aceste ... probleme de clasificare nosografică, ci ... chiar tinde să le estompeze, străduindu-se ... mai degrabă să pună în evidență mecanis... mele psihice care intervin în această ... psihoză și contribuția incontestabilă a ... psihogenezei în etiologia sa.

CAZUL SCHREBER. Freud instituie în 1911 observația unui caz de paranoia, pornind de la *Memoriile unui nevropat* (1903) ale președintelui Schreber, eminent jurist care a scris și publicat el însuși istoria maladiei sale. Aceasta a început, după numirea sa ca președinte al Curții de apel, progresiv sub forma unui „delir halucinatoriu" multiform, ca să culmineze apoi într-un delir paranoiac sistematizat, după care, potrivit afirmațiilor unuia dintre medicii săi, „personalitatea sa s-a restabilit" și el s-a putut arăta „la înălțimea sarcinilor vieții, în afară de câteva tulburări izolate".

În acest delir, Schreber se credea chemat să salveze omenirea, aceasta dintr-un îndemn divin care i se transmitea prin limbajul nervilor și într-o limbă specială, numită *limba fundamentală* (germ. *Grundsprache*). În acest scop el trebuia să se transforme în femeie. Ipoteza de la care a pornit Freud era că aceste manifestări psihice pot fi abordate în lumina cunoștințelor achiziționate de psihanaliză în tratarea psihonevrozelor, deoarece ele decurgeau din aceleași procese generale ale vieții psihice.

În consecință, în raporturile pe care, în delirul său Schreber le întreține cu Dumnezeu, el regăsește transpus terenul familiar al „complexului patern". Freud recunoaște, de fapt, în personajul divin „simbolul sublimat" al tatălui lui Schreber, medic eminent, fondator al unei școli de gimnastică terapeutică, cu care acesta a întreținut, ca orice băiat, raporturi în același timp de venerație și de nesupunere. La fel, în subdiviziunea între un Dumnezeu superior și un Dumnezeu inferior el regăsește personajele tatălui și fratelui mai mare.

NARCISISM ȘI HOMOSEXUALITATE. Freud își axează interpretarea tocmai pe relația erotică homosexuală dintre aceste două persoane. El consideră ca esență a paranoiei faptul că Schreber a trebuit să construiască un delir de persecuție pentru a se apăra de fantasma dorinței homosexuale care, este el de părere, ar exprima feminizarea cerută de misiunea divină. Iar această fantasmă, prezentă în evoluția normală a băiatului, nu ar deveni cauză a psihozei decât pentru că ar avea, în paranoia, un punct fragil care s-ar găsi „undeva" în stadiile autoerotismului, narcisismului și homosexualității.

Această referire la narcisism va fi precizată în 1914, când Freud va face o distincție și mai clară între libidoul obiectal și libidoul narcisic, de partea acestuia din urmă situând psihoza în ansamblul ei. La schizofrenici, ca și la paranoici, el presupune, într-adevăr, o dispariție a libidoului obiectal în favoarea investirii Eului, delirul având drept funcție secundară încercarea de a readuce libidoul la obiect.

Această reflecție o găsim deja în lucrările lui Karl Abraham (1908), care, referindu-se la demența precoce, opune

cele două tipuri de investiție; tot el presupune că persecuția are o origine erotică, persecutorul nefiind la început decât obiectul sexual însuși.

MECANISMUL PROIECTIV. Reluând această teză, Freud îi va da o dezvoltare extrem de importantă, deoarece ea va fonda esența teoriei sale: delirul de persecuție — ca și, de altfel, delirurile erotomaniace și de gelozie — ar fi întotdeauna rezultatul unei *proiecții* care produce, pornind de la enunțul de bază homosexual „eu, un bărbat, iubesc un bărbat", mai întâi negația sa — „nu-l iubesc, îl urăsc" —, apoi inversarea persoanelor: „el mă urăște". Prin această proiecție, ceea ce ar fi trebuit să fie resimțit pe plan interior ca iubire este perceput ca venind din exterior ca ură, subiectul putând evita astfel pericolul în care l-ar pune irupția în conștiința sa a dorințelor homosexuale, pericol considerabil din cauza fixației acestor bolnavi la stadiul narcisismului, ceea ce face din amenințarea cu castrarea o amenințare vitală, de distrugere a Eului. Delirul apare deci pentru paranoic drept un mijloc de asigurare a coeziunii Eului său și, totodată, drept mijloc de rezidire a universului.

DEZVOLTĂRI ALE TEORIEI FREUDIENE. Dintre aceste două aspecte esențiale ale teoriei freudiene a paranoiei — regresia la narcisism și evitarea prin proiecție a fantasmelor homosexuale —, cel dintâi a cunoscut dezvoltarea cea mai importantă începând cu Melanie Klein, pentru care orice psihoză este o stare de fixație sau de regresie la un stadiu infantil primar, în care un Eu precoce este capabil, încă de la naștere, să trăiască angoasa, să utilizeze mecanisme de apărare și să stabilească relații cu obiectul, dar cu un obiect primar, sânul, el însuși clivat într-un sân ideal și
sân persecutor. Acest Eu încă neorganiz
și labil ar deturna angoasa, provocată în
de conflictul între impulsiile vieții
impulsiile morții, pe de o parte într-u
mijloc de proiecție, iar pe de altă parte
agresivitate. Vedem deci că, încă de
origine, orice ființă umană este psihotic
în mod special paranoică. Această atitudi
primitivă este, de altfel, denumită *par
noidă-schizoidă*.

Dimpotrivă, în ceea ce privește al do
lea aspect, anume nucleul homosexual
paranoiei, Melanie Klein nu-l reia; ace
aspect pune, de altfel, unele probleme
fond, pe care înșiși contemporanii
Freud le-au ridicat.

FORCLUZIA NUMELUI-TATĂLUI. D
fără îndoială, cel care a reluat aceas
problemă, în modul cel mai indicat pent
o clarificare, a fost J. Lacan (*Séminaire s
les psychoses*, 1955–1956). Recitind text
freudian referitor la Schreber, el introduc
date esențiale pentru înțelegerea a ceea
Freud numește „complex patern" la nevr
zat și a ceea ce îl deosebește de ceea c
întâlnim la psihotic, clarificând în acela
timp considerabil ceea ce semnifică pre
tinsa „homosexualitate" a paranoicului
Este vorba de funcția paternă simbolică s
metafora paternă, desemnată și prin ter
menul Numele-Tatălui*, care trebui
deosebit de tatăl real, funcție paternă ca
rezultă din recunoașterea de către o mam
nu numai a persoanei tatălui, ci mai ales
cuvântului său, a autorității sale, adică
locului rezervat funcției paterne simbolic
în promovarea legii. La paranoic aceast
metaforă nu este operantă. Există la el
Lacan reia aici un termen mai tardiv
opera lui Freud — o *Verwerfung* (= re
pingere, repudiere, dezaprobare, condam
nare — notă L.G.), pe care el îl traduc

prin „forcluzie"*, ceea ce înseamnă că în locul Numelui-Tatălui este o gaură, care etalează la subiect o gaură care corespunde locului semnificației falice, ceea ce provoacă la el, atunci când este confruntat cu acea semnificație falică, o extremă confuzie. Așa se face că la Schreber psihoza se declanșează în momentul în care el este chemat să ocupe o funcție simbolică de autoritate, situație în care el nu poate reacționa decât prin manifestări halucinatorii acute, cărora puțin câte puțin construcția delirului său îi va găsi o soluție, constituind, în locul metaforei paterne falimentare, o „metaforă delirantă", destinată să dea un sens la ceea ce pentru el este total lipsit de sens.

În lumina acestei concepții, înțelegem mai bine la ce corespunde ceea ce Freud desemnează drept homosexualitate. Este vorba mai degrabă de o poziție transexuală, adică de o feminizare a subiectului, subordonată nu dorinței privind un alt bărbat, ci relației pe care mama o întreține cu metafora paternă și, deci, cu falusul. În acest caz, care echivalează cu forcluzia* primului termen, copilul este considerat *a fi* acel falus matern, concluzia fiind că, „neputând fi falusul care îi lipsește mamei, îi rămâne soluția de a fi femeia care lipsește bărbaților" (*Écrits*) sau măcar femeia lui Dumnezeu.

Forcluzia metaforei paterne interzice, într-adevăr, identificarea cu o atitudine feminină în homosexualitate sau cu aceea, mai generală, din complexul lui Oedip inversat, acel *a fi femeia (être la femme)* la care se vede constrâns Schreber, deoarece tocmai amenințarea cu castrarea este aceea care, contrar celorlalte două situații, îi lipsește cu desăvârșire. Tatăl lui Schreber, despre care am văzut în ce măsură putea fi o figură importantă și respectată, ilustrează bine prin ce un tată poate fi astfel în realitate și, în același timp, chiar din cauză că se prevalează de o poziție de legislator sau din cauză că este în slujba unei opere, poate fi, în raport cu aceste idealuri, în postura de om lipsit de considerație sau chiar de fraudator, cu alte cuvinte poate „exclude Numele-Tatălui din poziția sa în semnificant" (*Écrits*).

O altă consecință a acestei reformulări teoretice este aceea că ea pune capăt, într-o manieră poate neașteptată, discuțiilor privind deosebirea dintre paranoia și schizofrenie. Problema paranoiei devine problema — cu totul generală — a structurii psihozei. → PSIHOZĂ.

Bibl.: Clérambault, G.G. de, *Ouvre psychiatrique*, P.U.F., Paris, 1942; Genil-Perrin, G., *Les paranoïaques*, Alcan, Paris, 1926; Kretschmer, E., *Paranoïa et sensibilité*, 1918, trad.fr., P.U.F., Paris, 1963; Lacan J., *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, 1932, rééd., Le Seuil, Paris, 1975; Laing, R., *Les faits de la vie*, Stock, Paris, 1977; Lasègue, Ch., *Textes psychiatriques*, réunis par J. Corraze, Privat, Toulouse, 1971; Sérieux, P., Capgras, J., *Les folies raisonnantes*, Alcan, Paris, 1909.

PARANOIC (engl. *paranoid*). **Se spune despre o persoană delirantă atinsă de paranoia sau despre o personalitate patologică definită prin trăsături ca orgoliul, mefiența, falsitatea raționamentului, psihorigiditate și inadaptabilitate.**

Se disting trei categorii de paranoici:

1) *paranoicii combativi*, la care sunt vizibile hipertrofia Eului (orgoliu, sentimentul marii superiorități), atitudinea de mefiență (tendința de a-și resimți anturajul într-un mod ostil și de a interpreta răuvoitor comportamentele semenului) și falsitatea raționamentului (cu opinii tendențioase și eronate asupra celorlalți, aplicarea rigidă a

legii și regulamentelor, revendicări continui și angajări în proceduri judiciare nefondate);

2) *paranoicii veleitari*, care la trăsăturile precedente adaugă o preocupare ideologică sau teoretică pentru care ei revendică interesul și adevărul absolut; ca și idealiștii pătimași descriși de M. Dide și P. Guirand, ei sunt fondatori de secte sau militanți ai unei mișcări reformatoare sau chiar revoluționare;

3) *paranoicii senzitivi*, descriși de E. Kretschmer, caracterizați ca introspectivi și excesiv de sensibili, incapabili de descărcare emoțională normală și deosebit de timizi. Ca urmare a unei ultime decepții, după multe altele la care nu au reacționat, ei se văd brusc decompensați, într-un *delir de relație al senzitivilor.*

PARANOID (engl. *paranoid*). **Se spune despre un delir vag, imprecis, incoerent, fără sistematizare, fără construcție logică și, în general, polimorf în ceea ce privește conținuturile și mecanismele sale.**

Structura sa se va opune deci atât aceleia a delirurilor paranoice, bine sistematizate, coerente și mai ales interpretative (după tipul descris de P. Sérieux și J. Capgras), cât și aceleia a parafreniilor, unde construcția delirică, deși adesea fantastică sau confabulatorie, respectă o anumită logică și îi permite pacientului păstrarea unui contact destul de bun cu realitatea. Delirul paranoid, cu retragerea în sine care i se asociază, îl face să piardă acest contact și, prin monotonia și stereotipiile sale, îl antrenează pe bolnav spre o stare pseudodemențială. Este specific exprimării delirante observate de E. Kraepelin la unii bolnavi de demență precoce (de unde individualizarea unei forme paranoide a demenței precoce). E. Bleuler, în descrierea făcută de el acestei ps cronice pe care o numește „schizofr vede și în aceasta o caracteristică a diei și insistă îndeosebi asupra aspe sale disociative și autiste.

PARAFAZIE (engl. *paraphasia*). **zare de cuvinte și de foneme nepotr și deformate în limbajul oral, așa c poate observa în unele forme de a**

Distingem parafazia verbală, în cuvântul așteptat este înlocuit de (perturbare la nivel semantic), de para fonemică, în care înlănțuirea fone spre a constitui un cuvânt este defor sau inversată (perturbare la nivel fo matic).

PARAFILIE (engl. *paraphilia*). **Ano sau perversiune a sexualității carac zată prin căutarea permanentă a tației genitale și a plăcerii sexuale partener sau la un obiect care în obișnuit nu au acest rol, sau într-o ație bizară și anormală.**

Parafilia este definită în raport cu mele în vigoare în mediul social al sub tului, care este conștient de caract deviant al comportamentului său. Ter nul se referă, în general, la următoar anomalii: pedofilie*, zoofilie*, froteri fetișism*, masochism*, sadism*, eoni sau travestism*, exhibiționism* și voieri

PARAFRENIE (engl. *paraphren* **Psihoză delirantă cronică, cu mecani în special halucinatorii și imaginati**

Temele parafreniei au adesea un car ter fantastic, construcția fiind relativ log și coerentă, în pofida unei extensii de de dezordonate; evoluția sa nu duce disociere mentală și nici la dezorganiza profundă a personalității (cum este cazul

izofrenie), ceea ce îi permite pacientului păstreze un destul de bun contact cu litatea.

Această grupă nosologică, creată de Kraepelin între anii 1909 și 1913, emnează, de fapt, deliruri cronice care situează între demența precoce de tip ranoid și paranoia*. Distingem patru rme clinice:

1) sistematică, formă care corespunde *hozei halucinatorii cronice* descrisă de Ballet;

2) fantastică, cu delir cosmic și ezoteric, deosebit de bogată și extraordinară;

3) expansivă, care se apropie de unele manii* cronice;

4) confabulantă, vecină (împreună cu ea fantastică) cu imaginația delirică* descrisă de E. Dupré.

PARESTEZIE (engl. *paraesthesia*). **Senzații anormale (furnicături, pișcături etc.) care rezultă din apariția spontană a influxului nervos în fibrele senzoriale mielinizate, ca și cum s-ar produce în cazul unor leziuni sau compresiuni ischemice ale nervilor periferici.**

Înregistrările făcute cu microelectrozi implantați în fasciculele nervoase, la omul în stare de veghe, ne fac să credem că anormalitatea senzației s-ar datora organizării temporale atipice a trenurilor de influx în populațiile de fibre senzoriale; ar rezulta percepte compozite, fragmentate în timp și atribuite la multiple teritorii cutanate.

PARHON (Constantin I.). **Endocrinolog și neuropsihiatru român (Câmpulung Muscel, 1874 — București, 1969).**

Studii medicale la București, unde în 1900 a obținut și titlul de doctor în medicină. Specializare la München (1906). Timp de 21 de ani a fost profesor de neurologie și psihiatrie la Facultatea de medicină din Iași (1913–1933), iar timp de 13 ani a condus spitalul psihiatric „Socola", după ce în anii 1909–1912 fusese medic primar la ospiciul Mărcuța. Director al Institutului de endocrinologie (1949–1957) și al Institutului de geriatrie (1952–1957) din București. Autor, în colaborare cu M. Goldstein, al primului tratat de endocrinologie din lume (*Les sécrétions internes*, Paris, 1909). A cercetat, între altele, raporturile dintre disfuncțiile glandelor endocrine și tulburările psihice (endocrinopsihiatrie), natura isteriei și cauzele acesteia, oligofreniile (îndeosebi mongolismul), problema sinuciderii la alienați, psihozele senile, fenomenul îmbătrânirii și modalitățile de a institui o gerontopsihiatrie eficace, într-un cadru mai larg de igienă mentală și de profilaxie a maladiilor psihice. Un accent aparte a pus pe studierea mecanismelor afectivității.

În ceea ce privește isteria, „boală" psihiatrică ce preocupă și azi mai ales pe psihanaliști, Parhon reia prin prisma experienței clinice proprii concepția lui Babinski: „Fără să contest în mod absolut producerea pe cale sugestivă a unor manifestări catalogate sub diagnosticul de isterie, mă cred îndreptățit să susțin că interesul și nu auto- sau heterosugestia a fost factorul esențial care a produs marea majoritate, dacă nu toate cazurile de mutism isteric, hemiplegii, paraplegii, camptocormii etc. observate în timpul războiului mondial. Această afirmație se bazează pe următoarele observații: Condițiile de existență în spital erau mult mai bune decât cele de pe front sau câmpul de luptă. Cu cât istericii erau mai îngrijiți, în sensul traiului bun, masajului, asistenței în genere, cu atât vindecarea întârzia; cu cât, din contră, ei erau tratați mai sever, cu atât vindecarea se

producea mai repede. Îmi este greu să admit, de exemplu, că «torpilajul» lui Clovis Vincent este o metodă care lucrează prin sugestie. Acest tratament face pe bolnav să simtă o suferință actuală foarte reală și *insuportabilă*, mai sigură în tot cazul decât o eventuală rănire pe front. Pe de altă parte, am văzut isterici cu hemiplegii sau surdomutism tratați prin masaj sau prin «psihoterapie» de doamne sau domnișoare delicate, isterici ale căror simptome se permanentizau, dar care se vindecau repede, imediat ce erau scoși din atmosfera aceasta terapeutică și supuși torpilajului sau unei metode echivalente. De asemenea, îmi amintesc de un caz de «camptocormie isterică» vindecat instantaneu, când a fost culcat pe spate și întins în mod mecanic în poziție de decubitus dorsal" („Ce este și ce nu este isteria?", 1936).

Pentru Parhon, „viața psihică nu este legată numai de creier sau de sistemul nervos central sau chiar central și periferic, ci tot organismul o influențează" (*Lecția de deschidere a cursului de psihiatrie la Spitalul central de boli mintale și nervoase*, 16 aprilie 1945). Concepție confirmată de marile progrese ale actualelor *neurosciences*. „În starea actuală a științei — spunea el acum mai bine de o jumătate de secol — nu putem concepe o cercetare aprofundată a psihiatriei fără a cunoaște nu numai ceea ce se numește de regulă fiziologia cerebrală, dar și fără a înțelege biologia cerebrală, cu alte cuvinte condițiile de dezvoltare, de nutriție, de funcționare ale creierului" (ibid.). Dintre numeroasele sale scrieri, citățm: *Cercetări asupra glandelor cu secreținne internă în raportul lor cu patologia mintală* (1910); *Bătrânețea. Senilitatea. Psihozele vârstei de involuție* (1925); *Psihozele afective. Mania, melancolia, psihozele intermitente sau periodice circulare, ciclotimia, psihozele alter... Concepția psihozei maniaco-depres...* (1925); *Constituția somatopsihică și rap... turile ei cu criminologia* (1930); *Bătrâne... și tratamentul ei. Problema reîntiner...* (1948); *Biologia vârstelor* (1955).

PATOMIMIE (engl. *pathomime... factitious disorder*). **Simulare inconștien... mitomaniacă a manifestărilor unei inf... mități sau a simptomelor unei malad...**

Diferită de simularea conștientă și utilit... patomimia (termen creat de G. Dieulafo... se mai numește și „patologie factice... Întâlnim mai ales dermatopatomimii, fre... vente în regiunile cutanate descoperite... având uneori aspect de veritabile stigm... (J. Corraze); febre simulate; hemora... provocate care se pot însoți de anemie, c... în sindromul Lasthénie de Ferj... (J. Bernard); tulburări metabolice factice... poliuropolidipsia, hipoglicemia sau al... perturbații electrolitice în raport cu un abu... de diuretice; tulburări psihiatrice diver... (halucinații, onirism și chiar catatonie). I... unele cazuri putem avea de-a face cu ... isterie de conversie care evocă pitiatismul... descris de J. Babinski, iar uneori cu un... veritabil sindrom Münchhausen* (subiecți... politraumatizați și operați, acoperiți de... cicatrice, cum era faimosul baron aven... turier din legenda germană).

PEDOFILIE (engl. *pedophilia*). **Tulbu... rare a unor adulți care caută să obțină... o excitație sexuală având relații, cel mai... adesea simple atingeri, cu copii pre... puberi, uneori imaginându-și asemenea... relații.**

Copilul este, în majoritatea cazurilor, o fetiță în vârstă de zece ani, dar se întâmplă ca homosexualii să încerce să seducă minori mai în vârstă. Această atracție sexuală față de copii este uneori interpretată ca rezultatul unei insatisfacții în viața de cuplu a pedofilului. Ca și alte parafilii (exhibiționismul, de exemplu), această tulburare a orientării sexuale justifică sancțiuni penale, conform legii.

PEDOPSIHIATRIE (engl. *child psychiatry*). **Specialitate medicală care are drept obiect prevenirea, depistarea și tratarea tulburărilor psihice pe care le prezintă copiii și adolescenții.**

Istoricește, J.M.G. Itard este pionierul care caută să înțeleagă și să trateze tulburările unui copil numit Victor, un copil sălbatic (→ COPIL SĂLBATIC) din Aveyron, care a fost internat la Institutul național de surdo-muți, strada Saint-Jacques, Paris, în ziua de 6 august 1800). Itard este acela care pentru prima dată face referire la caracterul dobândit al deficienței și la curabilitatea acesteia, într-o vreme în care medicii nu concep deficiența decât fixată și neevolutivă (Ph. Pinel). Cu toate acestea, este vorba de o reeducare într-o perspectivă pedagogică și de tratament moral. E. Esquirol inaugurează învățământul psihiatriei și publică tratatul său *Des maladies mentales* [...] în 1838, în care subliniază interesul prezentat de cercetările lui Itard.

Elevul său, J.P. Falret, caută în psihologie o nouă explicație a idiotismului și creează în 1834, în colaborare cu F. Voisin, școala ortopedică. Alți psihiatri din secolul al XIX-lea caută mijloace de a-i reabilita pe „idioți". D.M. Bourneville creează la Vitry primul institut medico-pedagogic, unde vor fi asigurate îngrijiri din punct de vedere fizic, psihologic și pedagogic. Primul *Tratat de psihiatrie a copilului* este publicat în 1888 de J. Moreau de Tours. În paralel cu acțiunea medicilor, trei personalități i-au dat psihiatriei copilului dimensiunile sale psihologice și educative. E. Seguin, elevul lui Itard, deschide o școală pentru idioți, în strada Pigalle, ca apoi să ia conducerea școlii din Bicêtre. În 1850 el se exilează în Statele Unite, unde dezvoltă psihiatria copilului pe coasta de Est. Elevul lui Seguin, Vallée, fondează propriul său centru de tratament, în 1847, la Bicêtre, care va deveni Fundația Vallée. A. Binet este adevăratul fondator al psihologiei experimentale în Franța și publică, în 1903 *L'étude expérimentale de l'intelligence*. În colaborare cu psihiatrul T. Simon, publică în 1905 articolul „Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux", unde descrie primul test mental utilizabil în practică, ale cărui rezultate sunt exprimate prin coeficientul de inteligență sau intelectual (Q.I.). Se punea problema completării datelor clinice, în scopul evaluării adaptabilității școlare și orientării copiilor cu dificultăți spre clasele specializate.

În conjuncție cu progresele psihometriei, s-au dezvoltat ideile psihanalitice, mai ales în Marea Britanie, unde două psihanaliste au contribuit foarte mult la cunoașterea copilului și la punerea la punct a unor metode terapeutice adecvate. Este vorba de M. Klein, care publică *The Psychoanalysis of Children*, în 1932, și de A. Freud, stabilită la Londra, în 1938, împreună cu tatăl ei. Dezvoltării centrelor de călăuzire infantilă în țările anglo-saxone i-a corespuns în Franța, după război, crearea centrelor medico-psiho-pedagogice. Cât privește universitatea, prima catedră de psihiatrie infantilă a fost creată în 1948, avându-l drept titular pe G. Heuyer. De atunci încoace, sub impulsul acestuia și al psihanaliștilor (S. Lebovici, R. Misès, între alții), vor fi elaborate textele și regulamentele care să repartizeze mijloacele de luare în sarcină a copiilor și familiilor

acestora, cât mai aproape de domiciliu: este vorba de crearea intersectorului de psihiatrie infantojuvenilă, în 1972. (→ INTERSECTOR).

Pedopsihiatria este actualmente în plină criză de creștere. Marcată de avântul psihanalizei, ea este în același timp influențată de dezvoltarea epidemiologiei și a neuroștiințelor, care au luat un avânt considerabil. Pe plan terapeutic, noile tehnici de terapie familială și comportamentală își revendică locul lor în luarea în sarcină a copiilor și familiilor acestora.

Noua reformă a formării pedopsihiatrilor, care vor trebui să treacă mai întâi prin faza de intern în medicină și numai după aceea să se specializeze, favorizează medicalizarea profesiei, ceea ce poate pune problemele funcționării în echipă pluridisciplinară. Un mare efort se face în prezent în vederea propunerii unei clasificări internaționale a tulburărilor mentale ale copilului, spre a se facilita epidemiologia și cercetarea, ameliorând, totodată, comunicarea între profesioniști.

Bibl.: Ajuriaguerra, J. de, *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (nouv. éd.), Masson, Paris, 1977; Ajuriaguerra, J. de, Marcelli, D., *Psychopathologie de l'enfant*, 1982, Masson, Paris, rééd. 1984; Anthony, E.J., Chiland, C., Koupernik, C., *L'enfant à haut risque psychiatrique*, P.U.F., Paris, 1980; Barker, P., *Basic Child Psychiatry*, Granada, London, 1979; Melamed, B.G., Matthews, K.A., Routh, D.K., *Child Health Psychology*, Howe, Hillsdale, Erlbaum, London, 1988.

PEDUNCUL CEREBELOS (engl. *cerebellar peduncle*). **Lame de substanță albă, în număr de șase, care unesc cerebelul cu diferitele părți ale trunchiului cerebral și care sunt locul de trecere a căilor aferente și eferente ale cerebelului.** → CEREBEL.

PELTICIE (engl. *lisp*). **Tulburare articulatorie a vorbirii care se manifestă printr-o distorsiune fonematică datorată unui stigmatism anterior.**

Acest stigmatism interdental (sau adental) se caracterizează printr-o poziție anormală a vârfului limbii, care se situează prea aproape de incisivi sau se plasează între dinți și determină deformarea lui „ș" în „s" și a lui „j" în „z". Aceste foneme sunt în mod normal dobândite spre vârsta de 4 ani, dar nu trebuie să ne neliniștească distorsionarea lor de către copil până la 5 ani. Dincolo de această vârstă însă, peltic necesită o reeducare ortofonică, ce permite atât buna plasare a limbii, cât și mai bună discriminare a sunetelor. Psihoterapia nu se fi indicată decât dacă ar justifica-o unele tulburări psihoafective ale copilului sau o atitudine infantilizantă a părinților.

PERICULOZITATE (engl. *degree of danger*). **Stare ce caracterizează o persoană care amenință sau compromite securitatea, existența unei alte persoane sau a unui lucru.**

După criminologul italian R. Garofalo, periculozitatea „este cantitatea de rău de care ne putem teme din partea unui individ". După psihiatrul francez G. Heuyer, este „potențialul de nocivitate socială a unui subiect".

Putem distinge mai multe tipuri de periculozitate. Periculozitatea juridică se caracterizează prin gravitatea, violența, caracterul brusc, imprevizibil ale actului periculos. Periculozitatea psihiatrică este maladia mentală care determină starea periculoasă: ar exista corelație între tulburările psihiatrice și tulburările comportamentului. Periculozitatea victimologică este caracterizată, de exemplu, de atitudinea echivocă, chiar provocatoare a unui subiect, care duce la un act criminal. Periculozitatea criminologică se definește după cum urmează: voind să integreze delincventul, victima, actul și situația, criminologia suscită întrebarea: „Va comite subiectul din nou un act periculos?" Periculozitatea socială este o noțiune care iese din sfera psihiatriei și psihologiei: să citățm exemplul exhibiționismului, care nu prezintă periculozitate psihiatrică, dar care, oricum, prezintă o periculozitate socială.

Majoritatea criminologilor moderni cred că starea periculoasă este legată de factori multipli, biologici, psihologici, sociologici, situaționali, în așa fel încât pentru a diagnostica starea periculoasă, adică pentru a stabili un diagnostic în termenii posibilului, este necesară sinteza tuturor acestor elemente. Această sinteză nu poate fi valabil efectuată decât de o echipă pluridisciplinară care să includă magistrat, criminolog, psihiatru, psiholog, educator, asistentă socială.

Periculozitatea este în mod expres prevăzută în anumite situații medico-legale. În cazul unei crime sau al unui delict, expertul, care este convocat de judecător să stabilească dacă acuzatul „era în stare de demență în momentul acțiunii", este, de asemenea, întrebat dacă subiectul prezintă o stare periculoasă. Legea din 15 aprilie 1954, referitoare la tratamentul alcoolicilor presupuși periculoși pentru semeni, instituie proceduri în acest scop. Cu toate acestea, ea nu definește periculozitatea care, la alcoolic, este mereu potențială. Legea din 30 iunie 1838 organizează internarea unor bolnavi mintali în două modalități, anume plasamentul voluntar și plasamentul din oficiu. Cu toate că periculozitatea constituie elementul esențial al spitalizării din oficiu, legea se mulțumește să ia în considerare cazurile persoanelor care ar compromite „ordinea publică sau securitatea unor persoane".

PERSEVERAȚIE (engl. *perseveration*). **Tendință de a menține și de a repeta într-un mod necorespunzător același tip de conduită sau de răspuns comportamental, fără a ține seama de situația sau de problema pusă.**

Tendința aceasta se întâlnește mai ales în stările de arieratie mentală, de schizofrenie catatonică sau de confuzie mentală stuporoasă și în toate formele de demență în faza de debut. Este un semn patognomonic al bolii Pick*. Uneori se întâlnește o perseverație a atitudinilor (catatonică, de exemplu, sau isterică) și o perseverație mentală mai generală.

Unele afazii și apraxii se asociază cu aceasta din urmă, sub forma de răspunsuri iterative verbale sau gestuale.

DEZV. **Persistență a unui răspuns sau a unei atitudini, adecvată unei situații, în pofida schimbărilor care îi anulează pertinența sau îi reduc eficacitatea. (Noțiunea de perseverație se opune aceleia de flexibilitate.)**

Perseverația reprezintă un deficit de inteligență, de adaptare la situații noi. Dacă afectează sistematic conduitele individului și conduce la ritualizări rigide, constituie un semn de debilitate. Se întâlnește și la subiectul normal, în dependență de orientarea răspunsului dobândit: un subiect pus să rezolve probleme de același tip, care, de exemplu, reclamă două operații aritmetice, aplică apoi aceeași soluție la probleme mai simple, introduse pe ascuns în serie și care pot fi rezolvate printr-o singură operație. În

viața cotidiană, multe dintre actele noastre de rutină poartă marca perseverației.

În psihologia developmentală, una dintre ideile acceptate este că perseverația scade o dată cu înaintarea în vârstă a copilului, ca apoi să crească la sfârșitul vieții, la bătrân. Această idee, prea generală, este suspectă de incoerență, dacă ținem seama de numeroasele achiziții realizate în cursul copilăriei. Ea contrazice ipoteza unei plasticități deosebite la începutul vieții. Este combătută prin punerea în evidență, în mod experimental, bine controlată, a unor conduite flexibile la sugar și chiar la noul-născut.

PERSONALITATE MULTIPLĂ (engl. *multiple personality disorder*). **Tulburare de personalitate definită prin existența, la una și aceeași persoană, a două sau mai multe personalități distincte, fiecare luând pe rând controlul total al comportamentului subiectului.**

Definiția de mai sus provine din clasificarea americană a maladiilor mentale (DSM-III R). Această entitate patologică face parte din tulburările disociative din cadrul nevrozelor isterice. Ea a fost descrisă pentru prima dată de Mitchell în 1816, iar după aceea, în epoci și curente de gândire diferite, au fost raportate mai multe cazuri, cele mai celebre fiind „Juliette", în descrierea lui P. Janet, și „Christine Beauchamp" descrisă de M. Prince. Este însă o patologie rară.

La nivel fenomenologic, cazurile recenzate sunt mai ales femei care prezintă o personalitate anxiodepresivă, cu tulburări de comportament alimentar, ca și cu manifestări halucinatorii auditive și vizuale. În antecedente putem găsi manifestări de conversie, de amnezie psihogenă, numeroase fugi, comportamente suicidare, precum și automutilări. Principalele diagnostice diferențiale evocate sunt st limită, formele psihice de epilepsie tem rală, precum și sindromul Briquet (isteria de conversie). Unii autori au su niat în geneza și dezvoltarea tulburări posibilă implicare a unor intervenții m cale sau psihiatrice care îmbogăț simptomele, cu atât mai mult cu cât t studiile concordă în demonstrarea pu nicei sugestibilități a acestor subiecți. asemenea, ei par și foarte ușor de hipn zat. În antecedentele personale ale ace pacienți găsim frecvent experiențe trau tizante în copilărie, cu abuzuri sexuale relații incestuoase.

Pornind de la aceste observații, au ap mai multe tentative de explicare a tul rărilor prin noțiuni de ambivalență ex mă, de forma unei tăgade foarte elabor în așa fel încât copilul sfârșește prin a bui altcuiva evenimentul. Pentru Kernb (1975), subiectul ar institui mecanisme apărare de tipul clivajului, identificării p iective, idealizării, tăgadei și omnipoten Astfel, sesizând importanța proces clivajului sau a tentativelor de reprima amintirilor traumatizante, subiectul ar d volta tulburări de personalitate de narcisic sau stare limită.→ DISOCIERE.

PERSONALITATE PSIHOPAT CĂ (engl. *psychopathic personality*). **P sonalitate patologică a cărui structu nu este nici psihotică și nici nevrotic fiind caracterizată prin instabilitat impulsivitate și o mare varietate de tr sături de caracter, manifestându-se n ales prin conduite antisociale care nu asociază cu o culpabilitate conștient**

E. Esquirol a descris cel dintâi o mon manie* instinctivă, fără tulburări de raț nament, cu afectarea exclusivă a voint ceea ce îl determină să comită delicte. E

ceea ce a reluat englezul J. Prichard, în 1835, descriind o nebunie morală (engl. *moral insanity*). Lui V. Magnan îi vom datora noțiunea de *dezechilibru mental* (specifică „degeneraților dezechilibrați"), noțiune care, în perspectiva constituționalistă a lui E. Dupré, va deveni *perversiune instinctivă*. În 1923, psihiatrul german K. Schneider o va numi „psihopatie". Psihanaliștilor, în special lui D.W. Winnicott și lui R. Misès, le revine meritul de a descrie personalitatea psihopatică într-o viziune evolutivă și psihodinamică, definind-o ca pe o „nondepășire a fazei depresive", copilul „renunțând la restaurarea obiectului" și „abandonând mișcările de reparație". Legătura cu obiectul total nu mai este menținută decât datorită unei stăpâniri omnipotente și utilizării tuturor resurselor defensei maniace (în sensul pe care i-l dă M. Klein). Această *dizarmonie evolutivă** specială va conduce la absența culpabilității și la trecerea la actul antisocial, în care „subiectul caută să scape de anxietatea depresivă, de nostalgie, de pericolul unei regresii în care și-ar pierde limitele" (R. Misès, 1981).

Bibl.: Misès, R., *Cinq Études de psychopathologie de l'enfant*, Privat, Toulouse, 1981.

PERVERSITATE (engl. *perversity, perverseness*). **Dispoziție activă de a face rău în mod intenționat, apelând la resursele inteligenței și imaginației.**

Termenul *perversitate* implică o judecată morală, iar termenul *pervers* nu poate fi aplicat unor fapte independente de voința și de conștiința morală a subiectului. Perversitatea poate fi doar intermitentă, limitându-se la o întreprindere determinată sau se poate polariza asupra anumitor ființe, nefiind fatalmente și întotdeauna patologică. Ea poate, într-adevăr, să fie faptă de indivizi reputați ca normali, sub influența unei stări pasionale oarecare. Patologică este perversitatea constituțională, caracterizată prin amoralitate, inafectivitate, josnicie, impulsivitate, cruzime și inadaptabilitate.

PERVERSIUNE (engl. *perversion*). **Orice relație sexuală care caută plăcerea în afara relațiilor zise „normale" cu un partener de sex opus și de vârstă echivalentă.**

Se înlocuiește această noțiune, încărcată de o conotație morală, cu aceea de parafilie*.

PSIHAN. **Experiență a unei pasiuni umane în care dorința permite idealul unui obiect neanimat.**

Perversiunea nu este simplă aberație a împreunării sexuale în raport cu criteriile sociale stabilite. Ea implică primatul falusului, realizând o fixație a juisanței la un obiect imaginar — adesea eratic — în locul funcției falice simbolice care organizează dorința sub influența castrării și lipsei.

Perversiunea izolează funcția obiectului în raportul său cu complexul castrării, în măsura în care acest obiect se enunță ca o cauză care dictează dialectica dorinței la nevrotic. S. Freud notează că „predispoziția la perversiuni este predispoziția originară și universală a impulsiei sexuale" (*Trei studii privind teoria sexualității*, 1905). Această proximitate este cauza dificultății de a distinge cu claritate specificul perversiunii în generalitatea sa.

PERVERSIUNEA ÎN CONTEXTUL EI MORAL. Problema se pune deoarece termenul, foarte vechi, de *perversiune*, însemnând „răsturnare", sugerează din capul locului noțiunea unei norme morale, sau

a naturii de la care perversul s-ar îndepărta. Este de amintit că, foarte de timpuriu, Biserica a destinat sexualitatea strictei finalități a reproducerii.

O atare apreciere, evident, nu ține seama de dimensiunea veritabilă a dorinței sexuale, care, supusă legilor limbajului, scapă oricărei finalități direct sesizabile. Or, această referință morală stă la originea integrării perversiunilor în câmpul competenței medicale din secolul al XIX-lea. Stabilirea catalogului lor și descrierea lor, de către R. von Krafft-Ebing și Havelock Ellis, vizau să precizeze incidența medico-legală de acte de delincvență și să aprecieze raportul lor cu nosografia psihiatrică. Interesul pe care îl prezintă lucrările acestor autori constă în problema existenței unei structuri clinice perverse individualizate. A spune că ele prezintă interes necesită o nuanțare, deoarece faptul sau actul pervers constituie cel mai adesea un impas în organizarea nevrotică. Cu toate acestea, se poate ca perversul, presimțind incompatibilitatea economiei sale libidinale cu demersul analitic, să evite acest demers. Pe de altă parte, eforturile unor autori de a elabora un tablou exhaustiv al unui „subiect pervers" sunt puțin convingătoare, ba chiar discutabile din punct de vedere psihanalitic.

O mențiune specială trebuie făcută în ceea ce privește operele literare, unde distingem trei categorii:

– pe de o parte, textele de libertinaj erotic (Restif de la Bretonne, Réage, Klossowski), care relevă una dintre caracteristicile omului: împingerea experienței dorinței până la limitele sale ca experiență morală;

– pe de altă parte, opere autobiografice (abatele Choisy, Sacher-Masoch);

– în sfârșit, utopiile filosofice și soc (Sade, Charles Fourier), care arată î măsură poate fi afectată legătura soc prin promovarea unei juisanțe universa unui obiect.

Astfel se exemplifică o structură soc capabilă să organizeze o perversiune g ralizată pe calea unei sublimări colec asumate. Aceste utopii sugerează în ac caz că noțiunea de perversiune depin mai degrabă de o legătură socială decât un subiect exclusiv.

Perversiunile ilustrează în grade dive funcția obiectului așa cum se enunță el fantasma nevroticului, dar cu o deosebi notabilă. Meritul unei descrieri specifice revine psihanalizei. Articulată în forma definitivă de către Freud în 1927, legătură cu un caz de fetișism, aceas descriere rămâne modelul pornind de care se explică celelalte forme de perver siune. Acest caz confirmă primatul falu sului, implicarea unui obiect de substituț metonimică în raportul său cu castrare simbolică. Aceste elemente se explicitează în experiența primordială a copilului, cu prilejul loviriі sale de problema sexului, care apare într-o lumină esențialmente traumatică.

DESCRIEREA PRINCEPS A DESCOPERIRII FREUDIENE. Descrierea făcută de Freud observă trei timpi:

1) Descoperirea și apoi recunoașterea de către băiat mai întâi, mai puțin de către fetiță, a două categorii de ființe: cele prevăzute cu penis și cele care nu-l au. Stupoarea și groaza pe care le conotează această descoperire determină la băiat teama de castrare, a cărei execuție este în mod tradițional atribuită funcției tatălui.

2) Al doilea timp este acela al *refuzului*, al *tăgăduirii reprezentării* sau al *tăgadei*, pe

care unii autori o traduc prin *negare* (germ. *Verleugnung*): „Nu este adevărat...", propoziție care combate angoasa și amenințarea cu castrarea.

3) În sfârșit, o soluție de compromis menține cele două propoziții contrare în inconștient, care le poate admite, favorizând un *clivaj subiectiv* [sau *clivaj al Eului*, după alți autori] (în lb. germană *Ichspaltung*) care comportă atât tăgada, cât și recunoașterea castrării. Observația făcută de Freud arată motivul pentru care perversiunea este punctul slab al bărbatului, pe când aceasta nu se întâlnește decât în mod excepțional la femeie.

CASTRAREA SIMBOLICĂ. Castrarea imaginată de băiat ca privațiune suferită de fetiță depinde în mod specific de castrarea simbolică, gen de castrare care universalizează lipsa la originea dorinței, după legile limbajului, unde falusul este semnificantul originar refulat. Astfel falusul nu poate interveni decât în funcția sa simbolică, adică sub forma a ceea ce trebuie să rămână voalat sau cel puțin în lumina privilegiului pe care i-l dă nevroza: de a-l „regăsi" chiar în locul în care se execută castrarea.

Dar, în esență, la bărbat castrarea implică faptul că tocmai ceea ce are a-i servi drept bază este acea parte a unei juisanțe pierdute (ba chiar proscrise de interdicția incestului). Și tocmai această parte originar sustrasă se silește să o recupereze perversul pe calea piezișă a unui *obiect de juisanță*, spre deosebire de nevrotic, pentru care interesul rezidă în efectele dorinței pe care o provoacă lipsa. Așadar, fetișul realizează acea dublă operație a unei tăgade, deși furnizează garanția ultimă a acelei juisanțe pe calea piezișă a unui obiect concret (încălțăminte, „poleială pe nas"...), stabilind un raport metonimic cu semnificantul falus.

De asemenea, tocmai printr-o dezvelire inopinată exhibiționistul revelează dimensiunea falică a ceea ce este exhibat, forțând pudoarea celuilalt, provocându-i stupoare. Relația cu semnificantul falic fiind de obicei închisă subiectului, el nu poate avea acces aici decât din locul Celuilalt. În consecință, la început, tocmai din locul mamei (Celălalt primordial) este impus acel semnificant care divizează inaugural subiectul în dorința sa. Acest dispozitiv simbolic afectează legătura socială a perversului în măsura în care voința sa de a-l supune pe celălalt la capriciul juisanței printr-o parte a corpului său („Kant avec Sade", 1963; în *Écrits*, 1966), până în străfundul angoasei celuilalt, marchează diviziunea subiectului care îi revine ca Celălalt). Dar tot în supunerea acelui Celălalt îi revine subiectului propria abolire față de semnificantul care îi animă dorința. Dispariție pe care o realizează masochistul identificându-se cu obiectul demn de dispreț care îi condiționează juisanța, nu fără a fi cerută participarea unui altul la contract. Așa încât, dacă perversul pune la bătaie gama obiectelor (voce, privire, sân, fecale) ca nevroticul, dorința sa rămâne limitată la o juisanță clandestină, aservită acelei părți interzise a Celuilalt. De unde necesitatea de a se asigura de Celălalt inconștient și de a realiza în același timp fixația exclusivă a dorinței la acel obiect, moment de suspendare a lanțului semnificant. Pe această cale ocolită, toate perversiunile solicită deci imaginarul intersubiectiv al relației cu Celălalt, nu fără ca de fiecare dată să fie specificată condiția simbolică a referinței la Celălalt prin prisma semnificantului falic.

MODELUL CLINIC AL HOMOSEXUALITĂȚII MASCULINE. La toate cele

arătate până aici, homosexualitatea masculină adaugă o dimensiune suplimentară: *imaginea Eului libidinalizată* dictează alegerea unui obiect în persoana proprie prin prisma unui altuia. Această situație explică acea complexitate și oscilație perpetuă care caracterizează homosexualitatea masculină. Freud arăta încă în 1915 că „impulsiile sexuale se sprijină în primul rând pe satisfacerea impulsiilor Eului" (*Impulsiile și destinul impulsiilor*). În consecință, fixația la o jignire sau la starea de abandon narcisic induce un proces de restaurare în viața erotică prin revalorizarea falică a imaginii libidinalizate a subiectului, la care celălalt este rugat să-și alieneze libertatea. Această imagine, în același timp prejudiciată și libidinalizată, comandă alegerea narcisică făcută din identitate și fraternitate: această perversiune, datorată sublimării de care ea este capabilă, devine idealul social prin excelență.

Perversiunea, așadar, nu face decât să imite aparența dorinței nevroticului sub influența castrării, deoarece ea vizează partea interzisă a juisanței; din această cauză perversul devine cu atât mai mult sclavul Celuilalt, care îl divizează în mod radical exact în punctul în care el încearcă să pareze teama de castrare. Faptul de a fi prada crucificată de semnificantul falic îl face accesibil curei psihanalitice.

Bibl.: Aulagnier-Spairani, P., „La perversion comme structure", in *L'inconscient*, no 2, 1967; Lacan, J., „Kant avec Sade", în *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; Recueil de textes, *Les perversions: les chemins de traverses* (Freud, Abraham, Ferenczi et alii), Tchou, Paris, 1980.

PEYOTL (engl. *peyotl*). **Nume indigen al *Lophophora williamsii*, o cactacee nespinoasă, localizată într-o îngu regiune muntoasă din Mexic și Tex care furnizează un halucinogen put nic, mescalina.**

Absorbția mescalinei provoacă sin tome fizice (greață, midriază, tahicardie) psihice (anxietate, agitație, halucinații, special vizuale), precum și distorsi perceptive.

PICA (engl. *pica*). **Perversiune a ape tului alimentar care îl face pe subiect ingereze substanțe necomestibile uneori periculoase pentru organism.**

Putem avea de-a face cu arierați sau copii autiști care se alimentează ast într-un mod impulsiv și inadaptat. Mai este vorba de femei gravide care inge gitează pământ spre a lupta contra u eventuale „demineralizări", în anum medii culturale tradiționale.

PINEL (Philippe). **Medic alienist franc (Tarn, în apropiere de Gibrondes, Jonquières, 1745 — Paris, 1826).**

Este fondatorul psihiatriei în Franța. mitologia postrevoluționară apare ades cu calități de erou medical, primul elib rator al nebunilor.

Faptele, însă, nu îndreptățesc aceas glorie postumă pe care, în timpul vieții sal P. Pinel însuși nu a invocat-o niciodat Lucrările istorice din ultimele două decen au arătat că acest mit, creat și progresiv îmbogățit de discipolul său E. Esquirol de fiul său, S. Pinel (tardiv, în 1836), nu s baza pe nici o realitate. Cei „patruzeci" de nebuni, primii eliberați, vizita suspicioas a teribilului Couthon, paraplegic purtat d garda sa personală, curajul medicului car lupta atât contra prejudecăților Vechiulu Regim, cât și contra poliției cu adevăra

închizitoriale a regimului totalitar al Terorii, toate acestea nu sunt decât legendă și roman familial care, dincolo de tribul Pinel, era acela al întregii psihiatrii născânde și al burgheziei franceze monarhist-constituționale și apoi republicane.

Pinel era un bărbat din sud-est, născut într-o familie de medici, în apropiere de Castres. Își face studiile clasice la colegiul din Lavaur și pe cele religioase la colegiul Esquille din Toulouse, dar părăsește repede sutana pentru a studia medicina, tot la Toulouse, unde devine doctor la 21 decembrie 1773, la vârsta de 28 de ani.

În anul următor pleacă la Montpellier pentru a se perfecționa în arta medicală. Îl cunoaște aici pe J.A. Chaptal, încă student, studiază nosografia lui Boissier de Sauvages și frecventează cursurile lui P.J. Barthez. Nu susține aici o altă teză de doctorat, dar redactează mai multe, pe care le vinde unor studenți mai mult bogați decât conștiincioși. În 1778 pleacă la Paris, cu speranța de a face carieră, însă începuturile sale în capitală sunt destul de modeste: supraviețuiește dând în particular lecții de matematică și redactând articole medicale de circumstanță. Această activitate de jurnalist îl face să ia, în 1784, direcția publicației *La gazette de santé*, pe care i-a lăsat-o pe mână J. Paulet. Traduce, în 1875, *Instituțiile de medicină practică* de scoțianul W. Cullen, lucrare pe care o va copia din plin în viitoarea sa *Nosografie filosofică* [...]. În 1788, scoate o nouă ediție comentată a *Operelor medicale* ale lui Baglivi. La început nu exercită medicina de clientelă. Abia începând din 1786 tratează câțiva bolnavi mintali la casa de sănătate a domnului Belhomme din strada Charonne, rezervată unor pacienți avuți.

Cum Vechiul Regim nu l-a prea răsfățat (diversele sale tentative academice și acelea de a deveni medic al „madamelor" — mătușile regelui Ludovic al XVI-lea — s-au soldat toate cu eșecuri), urmează cu patimă mișcarea revoluționară. Scrisorile sale din 1789 și 1792 sunt entuziaste. Împărtășește toate idealurile de atunci ale Revoluției și chiar face parte din Section des Piques, în ale cărei rânduri va participa la serviciul de ordine, „cu arma în mână, laolaltă cu ceilalți cetățeni ai secției", în ziua executării lui Ludovic al XVI-lea.

Dar acest paricid național este pentru el intolerabil, ocazie a unei revizuiri sfâșietoare a convingerii sale revoluționare. Nu suportă regimul Terorii, instaurat în mod progresiv. Pensiunea Belhomme devine obiectul unei anchete polițienești, deoarece ea găzduiește bogătași suspecți, considerați „nebuni" atâta timp cât pot achita note de plată exorbitante. Riscă, în calitate de medic al acestei case, să fie el însuși anchetat, așa încât îi cere lui Thouret, care îl aprecia, să-l numească medic la ospiciul din Bicêtre. Ocupă această funcție din septembrie 1793 și până în 29 aprilie 1795. Aici, la „7-e emploi", secție rezervată nebunilor agitați, observă el modul de a lucra al supraveghetorului-șef Pussin și înțelege importanța tratamentului moral în dimensiunea sa instituțională. În acea bolgie dantescă, ce servește de scenă a mitului eliberării din lanțuri a alienaților, se pare că el s-a mulțumit cu rolul de observator prudent, lăsând supraveghetorului inițiativele cele mai numeroase.

Partizan ardent al reacțiunii termidoriene, nu i-a urmat triumfalu-i destin. Numit profesor adjunct de fizică medicală și de igienă la noua Școală de sănătate din Paris, la 14 decembrie 1794, îi succedă în anul următor lui Doublet la catedra de patologie internă (medicală). Este, din 13 mai 1795, medic-șef la Salpêtrière, unde își continuă

cariera până la moarte. Membru al Institutului din 1803, face parte din prima serie de decorați ai Legiunii de onoare, creată de Napoleon, care în 1805 îl numește „medic consultant al Împăratului". Face servicii Imperiului, apoi Restaurației, care îl decorează cu ordinul Saint-Michel, în 1818. În pofida oportunismului său politic, este revocat în 1822 din postul său de profesor, în urma unei răzmeriţe a studenților în medicină parizieni contra extrem de reacționarului ministeriat Corbière. Câteva luni mai târziu are primul său ramolisment cerebral și își sfârșește zilele într-o stare de demență arteriopatică foarte avansată, în ziua de 25 octombrie 1826.

Cariera sa nu este aceea a unui mare revoluționar, ci a unui medic foarte cultivat, a cărui peniță este mult mai abilă decât vorbirea, destul de stânjenit în public, de un umanism care a rămas impregnat de filosofia Luminilor. În fapt, un om al secolului al XVIII-lea, căruia nu-i surâde zeița Fortuna decât în zorii secolului al XIX-lea, când moartea sau digratierea tuturor celor dinaintea sa au lăsat locul gol, permițându-i să se ridice de la o situație cât se poate de modestă în primul rang al societății franceze a Directoratului.

În primul rând Pinel rămâne în istoria medicinei ca noosograf și clinician. Încă de la prima ediție a cărții sale *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médicine*, apărută în 1798, în mod clar inspirată mai mult din Cullen decât din Boissier de Sauvages, medicul de la Salpêtière își bazează clasificarea bolilor mai puțin pe simptome cât pe organele lezate. Aceasta se întemeiază pe o metodă analitică promovată de naturaliști ca Linné, Daubenton, Jussieu și de anatomiști comparatiști ca G. Cuvier. Va avea o influență, poate exagerată, asupra dezvoltării a tomiei patologice, în care lucrările Xavier Bichat reprezintă prima et franceză, căci, în Marea Britanie, Hunter succesorii săi au deja un avans consider în acest domeniu. Cât privește „vesaniil adică bolile mintale, Pinel urmează ordi stabilită de Cullen, fiind vizibil stingh de ideea de a le integra într-o nosogr medicală.

Dă, de altfel, o clasificare foarte dife a vesaniilor în al său *Traité médico-phi sophique sur l'aliénation mentale ou Manie*, a cărui primă ediție (1800) răm centrată pe „manie", boală mintală c este pentru Pinel modelul cel mai tipic mai frecvent. El recunoaște aici de la b început că alienarea are fie cauze „predi pozante" (în mare parte ereditare), „ocazionale"(rol important al unor even mente exterioare și al unor emoții pute nice). Pinel nu crede într-o organogene cerebrală directă; el gândește că leziuni cerebrale sunt prea grave ca să dea do tulburări mentale. Aceste leziuni determi stricăciuni serioase pe plan vital, definitive. Prin prisma conceptului dest de ambiguu de „simpatie", el consideră c afecțiunile psihice sunt mai degrab consecința unor vătămări viscerale, e însele provocate de emoții și de pasiuni Avem de-a face, într-un fel, cu o teori periferică a emoțiilor, care prefigurează teoriile lui James și Lange. Elevii lui Pinel ai lui Esquirol și mai ales ai lui Georget vo critica această concepție confuză, un fel de organogeneză secundară. Confuză, deoa rece magistrul lor se situează, pe plan filosofic, la răspântia unui empirism sen zualist moștenit de la Condillac și Locke, a materialismului lui Cabanis și a curen telor spiritualiste, din care biranismul reprezintă resurgența, în plin organicism

simplist, a frenologiei născânde. Reluată în cea de a doua ediție a *Tratatului medico-filosofic* (1809), care nu mai poartă subtitlul „Mania", clasificarea bolilor mintale este făcută finalmente la nivelul comportamentului, începând cu perturbarea psihică cea mai ușoară și sfârșind cu cea mai gravă. Astfel, ea începe cu simpla melancolie sau delirul parțial „dirijat asupra unui singur obiect", care precedă mania sau delirul generalizat, cu forma sa particulară de „manie furioasă fără delir". Urmează demența sau decăderea intelectuală generalizată: „Nu există nici un fel de raționament, nici corect, nici fals; ideile sunt ca izolate, realmente unele în urma altora, dar nicidecum asociate [...]." În sfârșit, idiotismul, ultimul grad de vesanie, „abolire totală a funcțiilor intelectului". Idiotismul poate fi înnăscut sau dobândit. Acesta din urmă va deveni ulterior „demența acută" descrisă de Esquirol, „stupiditatea" descrisă de Georget, „confuzia mentală primitivă" descrisă de Chaslin.

Dar Pinel este și unul dintre creatorii de azil, un medic care, după cum scrie M. Foucault, „introduce o știință clinică la Bicêtre și la Salpêtrière", aducând aici mai ales un „personaj ale cărui puteri nu împrumutau acelei științe decât deghizarea lor sau cel mult justificarea lor". Pragmatic înainte de toate, Pinel profită de perioada postrevoluționară și de marile facilități care i-au fost acordate pentru a juca un rol considerabil în organizarea tratamentului alienaților. Dacă dezvoltă „tratamentul moral", deja aplicat de medicii englezi, arătând că la alienat rămâne întotdeauna un rest de rațiune care permite să se restabilească, într-un fel de alianță terapeutică, dialogul întrerupt de nebunie, el s-a interesat mai ales de „poliție", de reglementarea instituției spitalicești psihiatrice care va fi numită „azil".

Putem constata că a doua ediție din *Tratatul medico-filosofic* cuprinde peste două sute de pagini noi consacrate experienței sale instituționale la Bicêtre și mai ales la Salpêtrière. El arată aici importanța relațiilor cu anturajul familial, a mediului, a celorlalți bolnavi în declanșarea, persistența, agravarea bolii mintale. Pune accentul pe disciplină, pe reglarea vieții bolnavilor, pe clasificarea lor riguroasă, pe izolarea celor mai periculoși. Insistă asupra necesității pentru medic de a participa la administrarea spitalului. Tratamentele medicamentoase nu au pentru dânsul decât o importanță secundară. Medicul alienist trebuie să fie înainte de toate un observator și un director care organizează și reformează în permanență rețeaua relațională din interiorul serviciului său. Putem spune că Pinel, cu asemenea concepții și prin intermediul elevului său Esquirol este adevăratul precursor al instituirii unei reglementări psihiatrice care își va găsi cadrul în legea promulgată la 30 iunie 1838.

Dacă Revoluția franceză a fost favorabilă operei lui Pinel, a fost mai puțin prin idealurile noi și prin conceptele noi pe care le aducea cât prin ocazia nesperată pe care o dădea unui medic, până atunci ignorat, de a sui în câteva semestre toate treptele ierarhiei medicale și spitalicești*, aflându-se în vârf la începuturile Directoratului. Obligat să se intereseze de bolnavii mintali, Pinel a știut să reia și să dezvolte reformele umanitare întrevăzute deja de intendenții lui Ludovic al XV-lea și dezvoltate sub domnia lui Ludovic al XVI-lea de ministrul Breteuil și de medicii Colombier și Doublet. A știut să le impună Consulatului și Imperiului, pregătind astfel instalarea

psihiatriei, ca o nouă specialitate medicală, în Franța și în Europa.

Bibl.: Postel, J., *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits psychiatriques de Philippe Pinel*, Le Sycomore, Paris, 1981; Semelaigne, R., *Philippe Pinel et son œuvre du point de rue de la médicine mentale*, Imprimeries réunies, Paris, 1888.

PIROMANIE (engl. *pyromania*). **Impulsie obsedantă, incontrolabilă și repetitivă de a provoca incendii.**

Se întâlnește la unii debili mintali, vanitoși și mitomani, la perverși, schizofrenici și paranoici. La aceștia din urmă actul incendiar este în același timp o manifestare și o consecință a delirului lor.

Dată fiind severitatea Codului penal față de incendiul voluntar, considerat ca un atentat deosebit de grav contra proprietății și ca o crimă, deoarece riscă să ducă la moartea unor persoane (chiar dacă nu a existat intenția de omucidere), expertiza psihiatrică medico-legală este întotdeauna obligatorie în asemenea cazuri. Aceasta va trebui să releve anomalii grave ale personalității și tulburări patologice majore care însoțesc comportamentul incendiar pentru a putea diagnostica piromania și starea de demență în momentul comiterii faptei.

PITIATISM (engl. *pithiaticism*). **Ansamblu de tulburări fizice care se manifestă la un subiect, în urma sugestiei venite de la semen sau prin autosugestie.**

Termenul, creat de J. Babinski, vizează o critică a lucrărilor lui J.M. Charcot asupra isteriei și punerea acesteia sub semnul întrebării în calitate de veritabilă entitate morbidă. Prin examene neurologice minuțioase efectuate la bolnavii isterici, Babinski reușește într-adevăr să demonstreze că întreaga lor „patolo[gie] este simulată și că nu avem de-a face, [de] fapt, decât cu o „patomimie". Doctr[ina] pitiatismului a apărut ca prea reducțion[istă] față de isterie, iar psihanaliza i-a re[zervat] acesteia un statut nosologic, dintr-o p[erspectivă] spectivă psihodinamică ce nu mai adm[ite] discuție.

PLACEBO (engl. *placebo* sau *dummy*). **Medicament care în mod intenționat [nu] conține nici un compus farmacolo[gic] activ.**

Eficacitatea unui placebo se bazează [pe] încrederea pe care pacientul o acor[dă] acelui medicament, căruia nu-i cunoa[ște] adevărata natură. Placebo este, în gener[al] o substanță inertă sau poate corespun[de] unui compus farmacologic activ, dar lip[sit] de eficacitate în patologia de tratat: vorb[im] în acest caz de *efect placebo*. Acest efe[ct] poate, de asemenea, să rezulte din acțiun[ea] favorabilă a unei terapeutici nemedicamen[toase]. Se spune că există un *efect nocebo* (de la verbul latin *noceo*, a dăuna, în opoziție cu *placeo*, a plăcea) atunci când pacientul raportează efecte indezirabile ale unei substanțe lipsite de activitate farmacologică. Efectul placebo are la bază mecanisme fiziologice autentice. S-a putut demonstra că pacienți calmați cu ajutorul unui placebo în cadrul tratării unei dureri dentare și-au văzut durerea crescând la administrarea de naloxonă, spre deosebire de subiecți insensibili la placebo. Naloxona este un antagonist al acțiunii antalgice a opiaceelor. Totul se petrece ca și cum subiecții sensibili la placebo ar secreta opiacee endogene antagonizate de naloxonă (S. Levine și colab., 1979). Efectul placebo este deosebit de marcat la persoanele sugestibile. În psihiatrie, acest efect este mai important într-o depresie nevrotică

sensibilă la relația cu semenul — și mai ales cu medicul care prescrie tratamentul — decât într-o melancolie endogenă care survine la o persoană normală. Această acțiune este mai clară în cazul anumitor substanțe. Ca să luăm un exemplu din afara terapeuticii, efectul halucinogenelor depinde mult de așteptarea subiectului.

Luarea în considerare a efectului placebo ne obligă să comparăm orice medicament nou, căruia vrem să-i demonstrăm eficacitatea, cu un produs placebo, fără ca medicul sau bolnavul să știe, înainte de terminarea cercetării, ce produs este administrat: este cercetarea unui medicament *en double aveugle* contra placebo. Într-o asemenea cercetare, pentru ca experimentatorul să nu poată recunoaște o substanță activă prin efectele ei secundare, se utilizează uneori un placebo „activ", care produce aceleași efecte secundare, dar rămâne fără activitate terapeutică propriu-zis farmacologică. Aceste cercetări contra placebo pun probleme etice, îndeosebi în psihiatrie (risc suicidar, în caz de melancolie tratată doar prin placebo). Este dificil de aplicat o asemenea metodologie într-o maladie gravă pe care o putem trata eficient cu terapeuticile aprobate. Primele neuroleptice au fost cercetate contra placebo; un nou tratament al schizofreniei ar fi azi comparat cu neurolepticele „de referință".

Textele legislative (în Franța, legea Huriet din decembrie 1988) prevăd informarea pacientului asupra utilizării unui placebo înainte de a obține consimțământul său pentru acest tip de protocol.

PLANUM TEMPORALIS (engl. *temporal planum*). **Porțiune posterioară a circumvoluției transverse Heschl, care este ea însăși partea superioară a primei circumvoluții a lobului temporal.**

Planum temporalis face parte din zona Wernicke, unde își are sediul funcția auditivă verbală. Este, în general, mult mai voluminoasă în emisfera dominantă (A.B. Rubens).

PLASAMENT DIN OFICIU (engl. *sectionned confinement*). **Internare a unui bolnav mintal într-un serviciu psihiatric abilitat ordonată de autoritatea publică.**

În Franța, plasamentul din oficiu a fost instaurat și organizat prin legea din 30 iunie 1838. Până în iunie 1990 a constituit, cu plasamentul voluntar, cel de al doilea regim de internare posibil pentru bolnavii mintali. Plasamentul din oficiu este internarea unui bolnav mintal care „ar compromite ordinea publică sau securitatea unor persoane", pusă în execuție pe baza unui decret prefectural. Uneori, în caz de pericol iminent, comisarii de poliție din Paris și primarii din alte comune pot lua măsuri provizorii, cu obligația de a-i raporta în 24 de ore prefectului, care trebuie să decidă fără întârziere.

Plasamentul face obiectul a numeroase controale:

– înscrierea într-un registru special al stabilimentului a tuturor informațiilor administrative și a certificatelor medicale privind spitalizarea;

– vizite regulate făcute la stabiliment de magistrați, primar, reprezentanți ai prefectului; le este pus la dispoziție registrul special;

– posibilitatea din partea oricărei persoane, inclusiv pacientul, de a-i scrie prefectului, procurorului Republicii sau președintelui tribunalului de mare instanță;

– posibilitatea externării imediate, prin decizia prefectului sau a președintelui tribunalului de mare instanță.

Legea din 27 iunie 1990 înlocuiește plasamentul din oficiu cu *spitalizarea din oficiu*. → LEGEA DIN 27 IUNIE 1990; SPITALIZARE DIN OFICIU.

PLASAMENT FAMILIAL (engl. *familial placing, fostering*). **Modalitate de luare în sarcină medico-legală prin care un copil sau un adult suferind de o afecțiune mentală este încredințat unei familii specializate, uneori doar pe timpul nopții (dacă, pe de altă parte, frecventează o structură terapeutică de zi).**

Mai întâi utilizate pentru copii inadaptați și organizați în raza unui institut medico-pedagogic (ca în experimentul lui D. Rouques, în raza stabilimentului „La Sitelle"), aceste plasamente familiale specializate s-au extins la copii psihotici gravi, tratați în spitalele de zi (T. Lainé). În mediul familial de plasament, femeia are, în general statutul de „asistentă maternă", atunci când cei doi părinți nu au statutul de „educator", cum se întâmplă din ce în ce mai frecvent. Părinții naturali pot, în general, să-și reia copilul la sfârșit de săptămână, ori de câte ori lucrul acesta este posibil. Bineînțeles, această luare în sarcină nu prezintă interes decât în cadrul unei echipe de psihiatri, psihologi, asistenți sociali, educatori și infirmieri care lucrează în comun cu părinții de plasament, cum se face în prezent în multe intersectoare. Rămâne totuși deschisă problema ambiguității rolului acestor „părinți de plasament"; rol parental, matern sau patern, sau, ceea ce este cu totul diferit, rol terapeutic? Ambele se pot confunda fără risc de dublă legătură* și alte confuzii, făcând periculoase și aleatorii identificările copilului?

Acest tip de plasament nu are decât de puțin timp existență oficială în Franța, pentru bolnavii adulți (decretul din 14 martie 1986). El a fost însă deja practicat în Germania, de către G. Kolb (din 1902 în 1931), în Belgia, la Lierneux, și la Nantes, în mod oficios, de către P. Sans.

S-ar putea totuși considera că acele colonii familiale pentru bolnavii mintali de la Dun-sur-Auron și de la Ainay-le-Château, create la începutul secolului nostru, aveau deja o funcție înrudită, dar într-un cadru prea colectiv și încă azilar. Aceste plasamente specializate pentru adulți au în prezent aspectele cele mai diverse – ele privesc, de asemenea, atât pe psihoticii cronici cât și pe toxicomani sau „handicapații" deficienți mintali.

Aceste plasamente se multiplică, apar în numeroase sectoare, articulându-se cu crearea de structuri intermediare multiple care contribuie la golirea tot mai multă a vechiului spital psihiatric (G. Amado). Căpătându-și deplina importanță în cadrul unei munci de echipă și în comunitatea teritoriului unui sector, ele își merită din plin calificativul de „terapeutice" (P. Sans).

Bibl.: Rouques, D., *Des enfants en famille d'accueil*, Fleurus, Paris, 1987; Sans P. et col., *Les placements familiaux thérapeutiques*, Fleurus, Paris, 1987.

PLASAMENT VOLUNTAR (engl. *voluntary institutionalisation*). **Internare a unui bolnav mintal într-un serviciu de psihiatrie abilitat, la cererea anturajului.**

Plasamentul voluntar a fost instaurat și organizat în Franța prin legea din 30 iunie 1838. Până în iunie 1990, a constituit, cu plasamentul din oficiu, cel de al doilea regim de internare posibil pentru bolnavii mintali. Până în 1990, reprezenta mai puțin de 8% din intrările în mediu psihiatric. Plasamentul voluntar este o spitalizare forțată neordonată de autoritatea publică, dar efectuată la cererea anturajului pacientului (familie, prieteni, vecini).

A fost înlocuit, o dată cu noua lege din 27 iunie 1990, cu spitalizarea la cererea unei terțe persoane. → LEGEA DIN 27 IUNIE 1990.

POLIHANDICAPAT (Ă) (engl. *polyhandicapped*). **Se spune despre o persoană care suferă de mai multe handicapuri, din cauza existenței la ea a cel puțin două deficiențe sau infirmități diferite.**

Este uneori cazul handicapaților mentali care suferă în același timp de cecitate, de surdomutitate sau de infirmitate cerebrală motorie. Existența unei infirmități senzoriale sau fizice poate, de altfel, prin rănirea narcisică pe care o produce la părinți și prin ambivalența atitudinilor lor în același timp de respingere și de supraprotecție față de copilul lor infirm, să declanșeze la acesta o evoluție dizarmonică sau psihotică uneori foarte gravă (C. Lairy și A. Covello), aflată la originea acelui multi- sau polihandicap.

POLITOXICOMANIE (engl. *multiple addiction, panaddiction* sau *multiple drug abuse*). **Toxicomanie sau farmacodependență simultană pentru mai multe droguri diferite.**

La sfârșitul secolului al XIX-lea, toxicomania desemna tocmai apetența pentru mai multe substanțe toxice și se deosebea deci de simpla morfinomanie, cocainomanie etc. Majoritatea toxicomanilor actuali au recurs la mai multe feluri de droguri: euforizante (opiacee), excitante (cocaină, amfetamine) sau droguri ilicite (heroină), în folosință alternată cu psihotropele legale (medicamente opiacee, hipnotice, tranchilizante).

POSTCURĂ (engl. *psychiatric aftercare*). **1) Perioadă care urmează unui tratament psihiatric intensiv efectuat de obicei în mediu spitalicesc. 2) Ansamblu de tehnici medicopsihologice și medicosociale utilizate spre a se evita cronicizarea sau recidiva bolii mintale care a necesitat spitalizarea.**

Postcura reprezintă deci o continuitate terapeutică, după externarea bolnavului, vizând atât menținerea sănătății psihice, cât și reinserția socială și profesională, mai ales dacă acesta a păstrat din boala sa o anumită lipsă de autonomie și vreun handicap. Se pune deci problema atât a urmării unui tratament la dispensar* sau la centrul medicopsihologic*, cât și a unor măsuri de readaptare, utilizându-se, dacă este necesar, structuri intermediare, ca hoteluri sau apartamente terapeutice*, plasamente familiale sau cămine de postcură, care îi permit pacientului să aibă, pe parcursul unei perioade mai lungi sau mai scurte, o încadrare specială de trecere de la viața de spital la viața curentă. Întreg acest dispozitiv este în principiu prevăzut, în Franța, în politica de sector psihiatric elaborată începând cu circulara din 15 martie 1960 și până la decretul din 14 martie 1986.

POSTIRE (engl. *inedia*). **Conduită alimentară de reducere extremă a alimentației, pe care subiectul o consideră ca pe o formă normală a existenței sale (L. F. Gayral).**

Diferită de anorexia mentală și de greva foamei, această conduită era la începutul creștinismului specifică unor sihaștri care trăiau în izolare într-o peșteră sau pe vârful unei coloane (stiliți), într-o stare de asceză și de misticism religios deosebit de intens. O regăsim actualmente în unele cazuri de

schizofrenie, de delir mistic sau de nevropatie deosebit de severă.

POTENȚIAL (engl. *potențial*). **Diferența de potențial electric de o parte și de alta a unei membrane celulare (potențial transmembranar) sau între două puncte ale corpului (potențial de suprafață), generată de țesutul nervos sau muscular.**

Numim *potențial de repaus* (engl. *resting potential*) diferența de potențial permanentă care există în interiorul unei celule. Neuronul aflat în repaus — adică în absența oricărei stimulări — este, ca orice celulă vie, polarizat. Pentru celulele nervoase și celulele musculare, valoarea potențialului de repaus, sau potențialul de membrană, este cuprins între -60 și -100 mV. Semnul - indică faptul că interiorul este negativ față de exterior.

Numim *potențial de acțiune* (engl. *action potential*) depolarizarea, adică inversarea polarizării membranare de repaus, care se propagă din aproape în aproape de-a lungul axonului, fără slăbire. Acest răspuns, care durează de la 1 la 3 milisecunde, reprezintă componenta electrică a influxului nervos; ea este caracteristică elementelor excitabile (celule nervoase și celule musculare). Potențialul de acțiune al fibrei nervoase ascultă de legea tot sau nimic: amplitudinea sa este de la bun început maximală. Dimpotrivă, într-un nerv se produce un fenomen de recrutare de fibre pe măsură ce intensitatea stimulării crește, în așa fel încât amplitudinea potențialului de acțiune înregistrat crește până la un maximum. Excitabilitatea fibrei nervoase se modifică după emiterea unui potențial de acțiune.

Numim *potențial postsinaptic* (engl. *postsynaptic potential*) un potențial electric înregistrabil de o parte și de alta a membranei sinaptice a unei celule nervoase, răspuns la eliberarea unui neuromediator în fanta sinaptică. În cazul unui neuromediator excitator acest potențial local constă dintr-o depolarizare membranară (potențial postsinaptic excitator sau P.P.S.E.), susceptibil să genereze un potențial de acțiune. Un neuromediator inhibitor, în schimb, provoacă o hiperpolarizare (potențial postsinaptic inhibitor sau P.P.S.I.).

Numim *potențial evocat* (engl. *evoked potential*) răspunsul electrofiziologic al unei populații de neuroni consecutiv impactului unui stimul asupra organismului. Un potențial evocat cuprinde, de obicei, mai multe componente, iar durata sa se exprimă în zeci sau sute de milisecunde. Sursa de stimulare se poate găsi în exterior, la suprafața sau în interiorul organismului. La om se înregistrează cel mai adesea potențiale evocate corticale după stimularea unor modalități senzoriale, plasând electrozii de recepție la nivelul pielii capului. Aceste înregistrări furnizează date utile asupra funcționării creierului omului sănătos sau care suferă de tulburări neurologice.

POTOMANIE (engl. *potomania*). **Tendință impulsivă de a bea cantități excesive de apă sau de alte lichide.**

Această tulburare de comportament alimentar de origine psihică (a se deosebi de polidipsiile de origine organică, endocrină sau renală) se întâlnește în stări de mare anxietate sau de excitație maniacă (sau, uneori, isterică). Poate determina grave dezechilibre electrolitice în sânge printr-o prea mare diluție, în special o hiponatremie (insuficiență de sodiu) care poate conduce la o comă ce necesită o reanimare de urgență.

PREPSIHOZĂ (engl. *schizoid personality, borderline psychosis*). **Concept definit de școala franceză de pedopsihiatrie, pentru a repera și trata copiii a căror funcționare mentală prezintă un risc de evoluție spre o psihoză a adolescenței sau a vârstei adulte.**

Numeroși autori clasici și-au pus problema trecutului schizofrenicilor, cu intenția de a descoperi semne prevestitoare ale psihozei și de a încerca să prevină apariția acestora.

E. Kraepelin a subliniat că unele demențe precoce sau schizofrenii au început cu mult înainte de adolescență. De cele mai multe ori, însă, psihiatrii de adulți au fost decepționați în anchetele lor. A trebuit așteptați anii 1960 pentru ca dezvoltarea psihiatriei infantile să permită urmărirea și tratarea copiilor pe parcursul unor ani îndelungați. Observațiile culese (în special în sectorul de pedopsihiatrie al arondismentului XIII din Paris, de către R. Diatkine) au permis mai buna înțelegere a dezvoltării tulburărilor personalității copilului prepsihotic. Referințele teoretice ale acestui autor sunt psihanalitice. El utilizează contribuțiile principalilor pedopsihanaliști, ca M. Klein și D.W. Winnicott, care au dezvoltat aspectele teoretice freudiene și au aplicat tehnica psihanalitică la copii.

PSIHOPATOLOGIE. Funcționarea mentală a copiilor zișI „prepsihotici" prezintă particularități comune cu organizarea psihotică. Se constată că stabilirea la copilul mic a separării între lumea sa interioară și realitatea exterioară nu se face decât parțial. Copilul nu se poate proteja împotriva angoaselor legate de discontinuitățile îngrijirilor materne și recurge cu multă ușurință la mecanismul satisfacerii halucinatorii a dorinței sale. Acesta funcționează adesea în procesele primare (condensare–deplasare, ca în vise), supunându-se principiului plăcerii, fără a putea mijloci și utiliza funcțiile instrumentale (cum sunt limbajul și motricitatea), pentru a-și domina angoasa și disperarea. Aceste dificultăți în achiziția normală a proceselor psihice secundare (care necesită o bună investire a Eului pentru ca satisfacerea dorinței să fie amânată, permițând astfel experiențe mentale) perturbă achiziția continuității sentimentului de a exista. Winnicott vorbește de anihilarea *selfului*, care perturbă investirea narcisică și deci maturizarea Eului copilului. Nu este dobândită permanența Eului și a obiectului. Copilul prepsihotic va putea în acest caz să funcționeze ca un „fals-self", ceea ce înseamnă că se conformează cerințelor anturajului, reacționează la stimuli, dar pentru a masca autenticul, pentru a câștiga timp, pentru a-și nega trăirea angoasată și persecutată. Ambivalența normală în relația cu semenul nu există, dar subiectul utilizează clivajul. Clivajul Eului (după S. Freud) este coexistența în sânul Eului a două atitudini psihice față de realitatea exterioară: una ține seama de această realitate, cealaltă o neagă sub influența impulsiilor și detașează Eul de realitate. Această reorganizare poate deveni vădită cu ocazia unei investiri afective noi sau dacă exigențele mediului covârșesc capacitățile de apărare ale Eului copilului. Dorința este în acest caz trăită ca o „rană insuportabilă, ca o plagă deschisă" și poate provoca o experiență delirantă primară, adică intrarea în psihoza adolescenței sau a vârstei adulte.

CLINICĂ. Copiii prepsihotici pot prezenta diferite tipuri de simptome. Unii prezintă o eficiență intelectuală satisfăcătoare, dar un comportament psihomotor alterat. Ei sunt dispraxici (neîndemânatici). Comportamentul lor social este conform dorinței părinților. Ei evită conflictele și sunt bine tolerați de anturaj, care nu notează decât o

anumită neghiobie și o slabă curiozitate. Examenul psihologic este acela care dă la iveală refularea reprezentanților psihici ai impulsiilor, tăgădnirea oricărui afect dezagreabil. Acești copii pot evolua spre o autentică schizofrenie sau pot deveni „falși debili", rezistând la orice terapeutică. Alții prezintă defense nevrotice sau caracteriale, care au particularitatea de a fi ineficiente în ceea ce privește focalizarea angoasei și posibilitatea investirii vieții intelectuale. Acești copii pot suferi de insomnie (marcând eșecul funcției defensive a visului), alții suferă de fobii, de exemplu școlare, care persistă, lăsând copilul în stare de dependență și de supunere periculoasă. Examenul psihologic pune în evidență insuficiența investirii narcisice, nonelaborarea de fantasme inconștiente, care iau înfățișări persecutorii (regresia la faza schizoparanoidă descrisă de M. Klein). Evoluția acestor forme pseudonevrotice sau caracteriale va depinde de instituirea procesului terapeutic, care poate permite o reluare a proceselor de mentalizare și de accedere la genitalitate, uneori cu prețul unei cicatrizări printr-o limitație intelectuală. Un al treilea grup de copii poate prezenta la consultație tulburări de învățare a cititului și ortografiei. Dar eșecul rapid al oricărei tentative de reeducare pune în evidență predominanța angoasei, pe care copilul nu reușește să o controleze prin formarea de simptome nevrotice și nici prin agitație psihomotorie. Dislexia este legată nu de o tulburare a funcțiilor instrumentale, ci de absența la copil a sensului limbii scrise. „El nu se interesează de această reprezentare a discursului" (Diatkine). Copilul luptă astfel contra depresiei și își dezinvestește lumea mentală. Acești copii rezistă adesea la orice tentativă de reeducare sau de psihoterapie. Evoluția poate avea loc spre o pseudodebilizare prin inhibiție sau sp[illegible] o formă de psihoză stabilă.

Bibl.: Baranes, J.J., Cahn, R., Diatkine, [illegible] Jeammet, P. et alii, *Psychanalyse, adolescen[illegible] et psychose*, Payot, Paris, 1986; Diatkine, [illegible] Simon, J., *La psychanalyse précoce. Le pro[illegible] cessus psychanalytique chez l'enfant*, P.U.F. Paris, 1972; Collectif, „Psychose de l'enfant" in *Confrontations psychiatrique*, Specia, Par[illegible] 1969.

PRESBIOFRENIE (engl. *Kahlbaum – Wernicke Syndrome, presbyophrenia*). **Formă de demență senilă în care, în perioada inițială, afectarea memoriei predomină față de deteriorarea intelectuală.**

Tulburările memoriei anterograde [illegible] caracterizează în special prin numeroase false recunoașteri, asociate cu o dezorientare temporo-spațială și cu tendința frecventă de confabulație. Pacienții păstrează multă vreme o aparență socială destul de bună, fiind de obicei amabili, surâzători, [illegible] chiar euforici. Dar dezorganizarea psihică subiacentă continuă să se agraveze și, după acea perioadă de aspect korsakovian, demența* devine totală.

PRESENESCENȚĂ (engl. *presenescense*). **Perioadă care corespunde începutului îmbătrânirii, întinzându-se între 45 și 65 de ani și variind considerabil de la un individ la altul.**

Numită și *presenium* sau *presenilitate*, această perioadă de vârstă este o adevărată răspântie a îmbătrânirii, în care involuția organelor, în special a creierului, nu joacă, în general, decât un rol minor în raport cu contextul social, familial, economic și în raport cu reprezentările pe care ni le facem despre bătrânețe. Astfel, după M. Gognalons-Nicolet, „raportarea reflexivă la sine însuși (în ceea ce privește bătrânețea) nu

este împărtășită în egală măsură de toate clasele sociale și nu se efectuează în timp în același fel, deoarece fiecare clasă socială, potrivit resurselor materiale, simbolice și temporale de care dispune, își apropriază un anumit viitor social sau, dimpotrivă, vede reducându-se capacitatea sa de anticipare a viitorului". Gognalons-Nicolet preferă, de altfel, să utilizeze un termen nou, care pare să definească mai bine această perioadă: acela de *maturescență*.

Pe plan psihiatric, s-a încercat individualizarea unor stări nevrotice, maniaco-depresive și delirice ale menopauzei la femeie, ca și ale andropauzei la bărbat, care nu au nici o specificitate clinică și pe care doar vârsta de debut permite să le raportăm la această vârstă critică (H. Marañon). În schimb, s-au descris psihoze de involuție* care debutează la șaizeci de ani, mai bine individualizate: depresii presenile, melancolii de involuție (E. Kraepelin, J. Capgras), paranoia de involuție (K.Kleist), delir de prejudiciu (Kraepelin), parafrenii tardive, stări ipohondrice, care au o anumită specificitate și în care începutul deteriorării intelectuale poate da pronosticului o notă destul de pesimistă.

PREVENIRE (engl. *prevention*). **Ansamblu de măsuri luate într-o societate pentru a lupta contra apariției și dezvoltării maladiilor mentale.**

Distingem, în general, trei grade de prevenire:

1) o prevenire primară care, prin educație, informare, amenajarea mediului de viață (familial, școlar, de muncă), sfaturi genetice și dietetice și o bună igienă fizică și mentală, vizează să împiedice inadaptarea psihică și socială a indivizilor și să diminueze riscurile lor de morbiditate psihiatrică;

2) o prevenire secundară care, printr-un diagnostic precoce și tratarea primelor tulburări, se străduiește să evite dezvoltarea maladiei mentale, în special la copil și adolescent;

3) o prevenire terțiară care, atunci când maladia psihică deja s-a dezvoltat, o împiedică să se agraveze — aplicând tratamentele cele mai eficiente de care se poate dispune — și să recidiveze, datorită unei postcure prelungite și unei munci în mediul socioprofesional și familial, în încercarea de a suprima condițiile care favorizează și întrețin boala.

După cum vedem, prevenirea necesită un larg dispozitiv de menținere a sănătății mentale, care să dispună din plin de oamenii și de mijloacele adecvate scopului. De altfel, mai degrabă societății ca atare decât tehnicienilor sănătății îi incumbă îndatorirea organizării acestei preveniri.

PRION (engl. *prion*). **Minusculă particulă proteică infecțioasă lipsită de acid nucleic.**

Prionii ar putea fi agenții responsabili de anumite afecțiuni cerebrale animale, ca encefalita spongiformă bovină, sau umane, ca boala Creutzfeld–Jacob* sau Kuru*.

PROCES (engl. *process*). **Succesiune de evenimente care conduc un obiect sau un organism la schimbarea formei sau a stării, după o evoluție în care pot fi reperate, în general, diverse etape.**

În psihopatologie, o dată cu K. Jaspers, termenul desemnează o modificare profundă a personalității unui pacient, care poate fi în raport cu o leziune cerebrală sau cu o vătămare pur și simplu psihică, dar care, oricum, nu este comprehensibilă pe plan fenomenologic. Este, de exemplu,

cazul unui proces schizofrenic, care rămâne inaccesibil comprehensiunii și ar putea ține doar de o explicație naturalistă (o tulburare biologică, de exemplu). Diferă deci în mod radical de o dezvoltare morbidă a personalității, care rămâne comprehensibilă în cazul în care cunoaștem personalitatea anterioară, premorbidă. Este ceea ce se produce în unele deliruri, în care paranoicul intră progresiv în paranoia*, ca și în psihozele reacționale, unde modificarea personalității poate fi înțeleasă ca o reacție la o situație, la un eveniment, la o trăire de neînțeles.

În toate aceste cazuri nu există ruptură între starea anterioară și starea morbidă. În schimb, când vorbim de proces, subînțelegem că există o veritabilă soluție de continuitate, incomprehensibilă, între cele două stări. Iată de ce E. Bleuler, descriind unele faze procesuale ale schizofreniei, ne spune că ele sunt incomprehensibile și că nu se pot explica decât printr-o vătămare organică a sistemului nervos central.

PSIHAN. **Mod de funcționare a aparatului psihic.**

S. Freud a numit „proces primar" un mod de funcționare caracterizat pe plan economic prin libera curgere a energiei și prin libera glisare a sensului. Inconștientul este prin excelență locul acestui proces, ale cărui mecanisme specifice sunt deplasarea și condensarea, ca moduri de trecere a unei reprezentări în alta.

Invers, procesele secundare se caracterizează pe plan economic prin legături și un control al curgerii energetice, supus principiului realității. Sistemul preconștient–inconștient este locul acestor procese secundare, care reprezintă adevăratul suport al gândirii logice și al limbajului. Dimpotrivă, procesele primare corespun[d] unei gândiri libere, imaginative, în care m[i]carea semnificanților nu suferă constrâ[n]gerea conceptelor, cum este cazul în vi[s].

PROCRASTINAȚIE (engl. *procrasti[na]tion*). **Tendință patologică de a amâ[na] acțiunea, de a temporiza.**

Este o formă de abulie* frecventă [în] psihastenie.

PROIECȚIE (engl. *projection*). **Ope[ra]ție prin care un subiect situează [în] lumea exterioară, fără a le identifica, însă ca atare, idei, afecte, concepții, do[ri]nțe etc., crezând în existența lor obiectivă, ca într-un aspect al lumii.**

Într-un sens mai îngust, proiecția constituie o operație prin care un subiect respinge în afară și localizează în altcineva o impulsie pe care nu o poate accepta pentru persoana sa, ceea ce îi permite să o conteste la sine însuși. → PARANOIA.

PROSOPAGNOZIE (engl. *prosopagnosia*). **Tulburare a recunoașterii unor fețe cunoscute.**

În această agnozie a fizionomiilor, bolnavul a pierdut posibilitatea de a-și reprezenta imaginile-amintire ale celor apropiați, ale prietenilor, ale tovarășilor de muncă. Bolnavul descris de J.M. Charcot în 1890 nu-și recunoștea nici nevasta, nici copiii și nici propria-i față. J. Bodamer, care creează termenul în 1947, consideră că pierderea recunoașterii fizionomiilor este cea mai profundă tulburare gnozică a categoriei vizuale, genetic cea mai primitivă. El a constatat că adesea este asociată cu o agnozie a obiectelor destul de gravă. H. Hécaen și R. Angelergues au pus la îndoială această asociere și consideră, dimpotrivă, că distincția este foarte clară între cele două feluri de agnozie.

Cu toate acestea, ei admit că prosopagnozia „poate avea toate gradele, de la imposibilitatea totală de a identifica o față, fie și a unei persoane foarte apropiate, până la simpla eroare în recunoașterea pe fotografie a persoanelor cunoscute de subiect, dar nefamiliare. Această agnozie este izolată, dar poate fi observată și în asociere cu alte forme de agnozie vizuală, în primul rând cu unele agnozii spațiale". Prosopagnozia este, în general, provocată de o leziune a ariilor occipitale asociative din emisfera nedominantă.

PROZENCEFAL (engl. *prosencephalon, forebrain*). **Prima veziculă cerebrală primitivă din stadiul embriologic cu trei vezicule ale tubului neural.**

În cursul embriogenezei, prozencefalul se va subdiviza în două vezicule: telencefalul și diencefalul. Creierul adultului derivă din prozencefal.

PSEUDODEMENȚĂ (engl. *pseudodementia*). **Formă particulară de depresie senilă care capătă un aspect demențial și dispare o dată cu revenirea la o stare timică normală.**

Uneori este greu să o deosebim de o demență veritabilă, mai ales în cazul în care o maladie demențială se asociază, la debutul ei, cu o stare depresivă, ceea ce se întâmplă foarte frecvent. → DEMENȚĂ.

PSEUDOFOBIE (engl. *pseudophobia*). **Ansamblu de manifestări de angoasă care au aceleași caracteristici comportamentale (îndeosebi evitarea) ca în cazul fobiilor, fără a avea specificitatea și permanența acestora.**

Pseudofobiile se pot întâlni în cadrul unor stări anxioase severe, similare cu acelea descrise în nevrozele anxioase sau în psihoze.

PSEUDOMUTUALITATE (engl. *pseudomutuality*). **Model de interacțiune socială într-o familie cu tendințe patologice, teoretizat în 1958 de L.C. Wynne, I.M. Ryckoff, J. Day și S.I. Hirsch.**

Contestarea ideii neojacksoniene potrivit căreia schizofrenia ar fi un fel de regresiune spre o stare primitivă de „sălbatic bun" și-a găsit expresia, în psihopatologia americană, în teoria interpersonală a lui H.S. Sullivan. În 1958 apare, într-o revistă a curentului sullivanian, un studiu apropiat de cercetările lui G. Bateson și Don D. Jackson. Data este semnificativă, deoarece modelul macro-psiho-social (Sullivan) ia naștere în perioada de instabilitate și incertitudine care a urmat crizei din 1929 și a șomajului care i-a fost consecința. Anii 1950, perioadă de conservatorism și apoi de relativă prosperitate, sunt, în schimb, martori ai unor modele microsociale de schizofrenie, a căror dublă legătură *(double bind)* și pseudomutualitate se numără printre cele mai cunoscute.

Ipotezele teoretice ale pseudomutualității constau în aceea că relațiile umane sunt o trebuință, că ființa se orientează în funcție de obiecte și că fiecare individ caută să-și dezvolte o identitate personală. Pentru atingerea acestor scopuri, există trei soluții: *mutualitatea* (relație evolutivă care integrează divergențele), *nonmutualitatea* (exemple de relații banale: client/vânzător, pasager/funcționar feroviar) și *pseudomutualitatea*, în care relația dintre două persoane se stabilește cu prețul negării diferențierii a două identități: „Investirea emoțională este dirijată mai degrabă spre

menținerea cererii reciproce [...] cu prețul unei orbiri în fața modificărilor cererii." Este o situație stereotipă care nu poate evolua, un teatru ai cărui actori sunt recrutați de la muzeul Grévin, în care „divergența este percepută ca amenințare a relației și deci trebuie evitată; dar dacă divergența este evitată, dezvoltarea relației este imposibilă."

Prima ipoteză: „La persoanele care dezvoltă o schizofrenie acută, relațiile [familiale] deschis recunoscute ca acceptabile posedă calitatea unei pseudomutualități intense și durabile".

A doua ipoteză: „În familiile de schizofrenici potențiali, intensitatea și durata pseudomutualității au determinat dezvoltarea unei varietăți deosebite de mecanisme familiale care au drept efect excluderea din câmpul percepției sau reintegrarea delirantă a oricărei deviații în raport cu structura rolurilor familiale. Aceste mecanisme comune acționează la un nivel primitiv, împiedicând articulația și selecția de sensuri care să-i poată permite individului, membru al familiei, să-și diferențieze identitatea personală în interiorul sau în exteriorul structurii rolurilor familiale."

Toate percepțiile sau comunicațiile care amenință homeostazia familială sunt deci deformate, estompate, diluate. Într-o asemenea situație, posibilitatea de a ști cine ești și ce poziție ocupi se reduce, de unde dificultatea de a-ți elabora o identitate.

A treia ipoteză: „Fragmentarea experienței, segmentarea identității, perturbarea percepției și a comunicării [...] sunt în mare parte derivate dintr-un proces de interiorizare familială a caracteristicilor organizării sociale."

Pentru autorii menționați, așadar, pseudomutualitatea nu este o teorie completă a schizofreniei, ci participă la gene[ză] tulburărilor în cazurile în care ar fi prezen[te] și alți factori. → DUBLĂ LEGĂTURĂ; SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Allendy, R., Laforgue, E., *La psychanalyse des névroses*, Payot, Paris, 1924; Bateson G. et alii, „Toward a Theory of Schizophrenia", 1956, trad.fr., in *Vers une écologie de l'esprit*, t.II, Le Seuil, Paris, 1980; Esterson, A., *Leaves of Spring*, Tavistock, London, 1970; Lacan, J., *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; Laing D.R., *The Divided Self*, 1960, trad.fr., *Le moi divisé*, Stock, Paris, 1970; Lasègue, C., *Écrits psychiatriques*, Privat, Toulouse, 1971; Lecomte M., *Conflits sociaux et psychoses*, Doin, Paris, 1936–1937; Meyer, A., „Approach in the Investigation of Dementia Praecox", in *Chicago Medical Recorder*, vol. XXXIX, 1917; Sullivan, H.S., *Schizophrenia as a Human Process*, Norton, New York, London, 1962; *Conceptions of Modern Psychiatry*, Norton, New York, London, 1953; *Clinical Studies in Psychiatry*, Norton, New York, London, 1973; Weinberg, K.S., *Society and Personality Disorder*, Prentice Hall, New York, 1952; Wynne, L.C., Ryckoff, J.M., Day, J., Hirsch, S.I., „Pseudo-Mutuality in the Family Relations of schizophrenics", *Psychiatry*, vol. XXI, no 21, 1958.

PSEUDOOSTILITATE (engl. *pseudohostility*). **Formă patologică de homeostazie familială pe bază de negație, care permite unui grup să trăiască sub o mască colectivă, sub care un consens implicit disimulează o intensă trebuință de afecțiune și o transformă în „scenariu" de critici, enervări și revendicări interminabile.**

Relativa victorie a lui H.S. Sullivan asupra neojacksoniștilor (în Statele Unite, → PSEUDOMUTUALITATE), excesele scientiștilor psihiatriei biologice și criza științifică din jurul noțiunii de schizofrenie au

contribuit la încurajarea unei serii de cercetări cu privire la familiile de schizofrenici. Pseudoostilitatea, care se structurează după aceeași dinamică vizibilă la pseudomutualitate, implică un rit al conflictelor și urii interminabile, dar superficiale. Acest adevărat teatru al urii are două scopuri: în primul rând evitarea anxietății și a fricii de umilire care ar putea însoți o intimitate oarecare. Se pare, apoi, că jocul de-a ura evită distrugerea totală a relațiilor familiale. Potrivit cercetărilor lui L.C. Wynne, pseudoostilitatea se asociază cu tulburări semantice („*diffusion of meaning*") care semnifică un „halou semantic lărgit"), notate, de asemenea, de G. Bateson, R.D. Laing și A. Esterson. → DUBLĂ LEGĂTURĂ; PSEUDOMUTUALITATE; SCHIZOFRENIE.

PSIHALGIE (eng. *psychic pain* sau *functional pain*). **Durere cu localizare somatică, fără substrat lezional organic.**

Psihalgiile se pot manifesta la pacienți purtători ai unei afecțiuni psihice cunoscute și eventual tratate sau la subiecți fără tulburări psihice. Instalarea lor este de obicei insidioasă, iar evoluția este subacută sau cronică. Jena funcțională pe care o determină psihalgiile depinde de intensitatea lor, care este variabilă. Adesea intermitente, psihalgiile pot fi tenace, chiar rebele. Sunt localizate îndeosebi la abdomen, la torace și la cap (cefalalgii), dar pot fi resimțite și în membrele inferioare.

Se întâlnesc mai ales în stările de anxietate cronică, nevroza isterică (unde ele sunt uneori confundate cu fenomene de conversie) și unele sindroame ipohondrice legate de depresii cu evoluție lentă și îndelungată. Tratamentul cu antalgice nu este întotdeauna suficient ca să le facă să dispară. Trebuie în acest caz tratată starea psihică subiacentă, cu psihotrope sau cu o psihoterapie (în special în depresiile de doliu, caz în care psihalgia poate fi o trăsătură de identificare cu maladia celui dispărut).

PSIHASTENIE (engl. *psychasthenia*). **Nevroză descrisă de P. Janet, care se manifestă printr-o stare anxiodepresivă cronică (legată, după părerea lui, de un deficit de tensiune psihologică), cu inhibiție, abulie, sentimente de incompletitudine și de autodevalorizare, îndoială permanentă, idei fixe și obsesii.**

Termenul, desuet, a fost înlocuit, de la Freud încoace, cu acela de *nevroză obsesională**. Continuăm totuși să utilizăm adjectivul *psihastenic* pentru a califica un tip de personalitate patologică apropiată pentru unii de un caracter narcisic bazat pe o organizare-limită (J. Bergeret), iar pentru alții de forma astenică a personalităților anancastice* descrise de K. Schneider.

PSIHEDELIC (engl. *psychedelic* sau *mindexpanding*). **Se spune despre caracteristicile experienței datorate halucinogenelor, ca și despre mișcările culturale care au proslăvit consumul acestor substanțe.**

În cursul anilor 1960, în Statele Unite, refuzul războiului, conflictul dintre generații au luat forma unor mișcări contestatare, ca mișcarea *hippy*. În acest cadru, utilizarea de droguri halucinogene trebuia să constituie voga psihedelismului. Sentimentul extatic de revelație, experiența intimă eliberată de legile societății și ale limbajului, chiar și atunci când este păstrată starea de vigilitate, au făcut din halucinogene droguri speciale: ele favorizează explorarea personală, replierea în lumea

interioară, opunându-se deci valorilor combativității și acțiunii cultivate de societățile actuale, fără a prezenta un pericol vital. Consumul ritual de plante halucinogene în șamanism și în religiile primitive este un argument în favoarea unei interpretări mistice a acestor revelații.

T. Leray, psiholog la Harvard, a încarnat pretenția psihedelismului de a se constitui într-o nouă religie: L.S.D. ar înlocui azima, iar împărtășania ar fi totuna cu experiența halucinogenă. Alții, ca scriitorul K. Kesey, se mulțumeau cu un consum hedonic, mai puțin teoretizat, dar destinat să stimuleze creativitatea, căutarea de forme de viață mai libere. Numeroși artiști au participat la acea mișcare sau au încurajat-o. Primul a fost, fără îndoială A. Huxley și ale sale „uși ale percepției". Experiențele individuale ale lui A. Artaudou și H. Michaux sunt bine cunoscute. Utilizarea de „psihedelice" a caracterizat, de asemenea, unele grupuri marginale violente ca „Hell's Angels". Fensiclidina sau P.C.P. le datorează porecla de „Angel Dust" (în anii 1970).

Represiunea (Leary și Kesey au cunoscut rigorile legii) și evoluția sociologică au pus capăt mișcării psihedelice în anii 1970. Este de subliniat că dacă, după acest eșec, halucinogenele au fost mai puțin utilizate de tineri, în schimb a început voga actuală a toximaniei cu droguri „tari" (heroină, cocaină etc.).

PSIHIATRIE (engl. *psychiatry*). **Specialitate medicală consacrată cercetării, diagnosticării și tratamentului maladiilor mentale.**

Termenul apare sub pana medicului german J.C. Reil, în 1802, scris „Psychiaterie", apoi în Franța, începând din 1809 (în „Bibliothèque médicale", condusă de A.A. Royer-Collard). Dar, până către 1860), nu este câtuși de puțin utilizat; în această perioadă va înlocui treptat termenul de *medicină alienistă*.

ISTORICUL PSIHIATRIEI. Dacă tulburările mentale sunt tratate de către medici încă din cea mai îndepărtată antichi (D. Gourevitch), abia la sfârșitul secolului această specialitate se constituie ca practică cu instituții spitalicești specifice. W. Battie, la Londra, luând conducerea noului Spital Sfântul Luca, V. Chiarugi căruia marele duce Leopold i-a încredințat responsabilitatea spitalului Sfântul Bonifaciu, rezervat nebunilor la Florența, J. Daquin la ospiciul din Chambéry, W. Tuke, care a fondat stabilimentul „Retragerea" de pe coasta York, în 17 și mai ales P. Pinel*, la Bicêtre și apoi Salpêtrière, au participat cu toții la naștere unei noi ramuri a medicinei, ale cărei d voltări aveau să fie considerabile (J. Go stein). Glorioasa paternitate a acestor revenit alienistului parizian, el datorând poziției centrale de atunci a Parisului, pe plan cultural, cât și pe plan politic (impactul ideologic al Revoluției franc în întreaga Europă). Așadar, Pinel oc un loc cu adevărat privilegiat în ist creării în același timp teoretice și in tuționale a psihiatriei, loc pe care îl d rează împrejurărilor, dar și meritului fi introdus o atitudine medicală radi nouă față de nebuni. G.W. Hegel, în al *Compendiu de enciclopedie a științ filosofice*, din 1816, atribuie lui Pinel m tul de a fi recunoscut un rest de rațiune orice nebun (devenit, în consecință, nu „alienat"), pe când mai înainte „nebun era exclus, ca animalul sau bruta, de orice comunicare interumană. Aceasta permite tratamentul moral, acel tratam

care, va scrie Hegel, ține „de concepția că nebunia nu este o pierdere abstractă a rațiunii, nici în ceea ce privește inteligența, nici voința, ci o simplă dereglare a spiritului, o contradicție în rațiunea care încă există". Acest tratament uman, adică atât binevoitor, cât și rațional al nebuniei — P. Pinel are dreptul la cea mai mare recunoștință pentru tot ce a făcut în această privință — presupune bolnavul rațional și găsește aici un punct de sprijin solid pentru a-l aborda pe această latură". Astfel este făcută posibilă identificarea medicului rațional cu alienatul, identificare necesară pentru a se instaura un tratament psihic veritabil. Acest spațiu de întâlnire, de comunicare cu bolnavul mintal, făcut posibil prin recunoașterea acelui rest de rațiune pe care el l-a păstrat, este în acest caz azilul așa cum este el conceput de către alienist, nu ca un loc de claustrare și de excludere (cum va spune M. Foucault), ci ca un loc de izolare de lumea exterioară hărțuitoare, un adevărat refugiu, un „adăpost al păcii și reculegerii" după zbuciumul furtunii. Tocmai în această perspectivă, izolarea nu este decât condiția tratamentului moral. Din nefericire, ea va deveni mai apoi instrument, iar presiunea societății va face din azil instituție de excludere. Iar această pervertire progresivă rezumă istoria decăderii tratamentului moral în cea de a doua parte a secolului al XIX-lea (J. Postel). Ea va continua, pe măsură ce învățătura pineliană inițială va fi dată uitării, ocultată puțin câte puțin de mitul filantropic al „eliberării alienaților", la Bicêtre, apoi la Salpêtrière, și de iconografia sa legendară. Zarva și strălucirea acestei legende, căreia i s-a putut demonta întreaga construcție imaginară, prin cercetări istorice minuțioase (J. Postel, G. Swain), vor acoperi, prin „cuvântul depolitizat al mitului" (R. Barthes), cu un val de tăcere și uitare ceea ce a admirat filosoful german, cam suspect totuși de complezență față de aceste noi specialități medicale care încercau să-și dea un statut științific (→ ALIENARE, INTERNARE, NEBUNIE, în ceea ce privește istoria psihiatriei și evoluția ei, pornind de la concepțiile etiologice psihogenetice ale lui Pinel* și ale lui E. Esquirol*, spre o medicalizare progresivă și un interes tot mai mare arătat organogenezei* maladiilor mentale, pe un model al entităților nosologice anatomoclinice ale patologiei somatice). Vedem, de asemenea, modul în care, cu legea din 30 iunie 1938*, se precizează excluderea socială a bolnavilor mintali, preludiu al acelei decadențe a tratamentului moral, evocată mai sus.

Va trebui să vină „revoluția psihanalitică" (M. Robert) pentru ca psihiatria să iasă, în fine, din acest impas, la începutul secolului XX. Descoperind inconștientul și afirmând că orice simptom are un sens, S. Freud revoluționează edificiul psihiatriei clasice, iar punctul de vedere organicist își pierde importanța, în beneficiul concepțiilor psihogenetică sau psihodinamică. Cu toate acestea, rare vor fi instituțiile psihiatrice în care psihanaliza va fi realmente aplicată unor psihotici. Se citează clinica „Chesnut Lodge", din apropiere de Washington, ca una dintre primele în care are loc această aplicare, cu I. Fromm-Reichmann, la începutul anilor 1930. Dar mai ales datorită terapiei instituționale* vor intra psihanaliștii cu adevărat în spitalele psihiatrice. Impactul freudian, apoi cel lacanian, în Franța, vor marca însă profund psihiatria; iar teoria psihanalitică păstrează un loc preponderent în cercetarea psihopatologică a maladiilor mentale, chiar dacă se crede mai puțin decât altădată în eficacitatea terapeutică a psihanalizei (E. Zarifian).

O dată cu tratamentele biologice care își fac apariția după 1930, organogeneza trezește un anumit interes: cura Sakel*, psihochirurgia*, electrosocul cunosc succese reale, chiar dacă ele sunt discutabile. Dar numai acesta din urmă va continua să fie utilizat după descoperirea neuroleptice-lor*, în 1952, și a antidepresorilor* în 1957, care, introducând o psihofarmacologie* realmente științifică, va reda speranțe serioase cercetătorilor care apără originea organică a maladiilor mentale.

Fără îndoială, antipsihiatriile* engleză și italiană din anii 1960 vor combate asemenea concepții care aplică un model medical neurobiologic extrem de reductionist. Ele vor determina o întreagă mișcare spre sociogeneza psihozelor*, asociată cu apariția unor terapii familiale* de inspirație foarte diversă.

CELE TREI MARI MODELE ALE PSIHIATRIEI ACTUALE. Psihiatria se împarte actualmente între trei mari modele explicative ale maladiilor mentale: modelul psihanalitic, modelul neurochimic biomedical și modelul psihosociologic.

Modelul psihanalitic, care este susținut de una dintre cele mai puternice avangarde antroposofice pe care le-a cunoscut civilizația iudeo-creștină, a adus un corpus teoretic care permite explicarea în mod coerent a majorității datelor psihopatologice. Dar el a eșuat „pe planul practic al tratamentului maladiilor mentale" (A. Bourguignon), neoferind decât un ajutor psihoterapeutic la luarea în sarcină a bolnavilor psihotici, fără a-i putea vindeca realmente (E. Zarifian).

Modelul neurochimic de inspirație biomedicală rămâne modelul dominant al medicinei contemporane, bazându-se mai ales pe biologia moleculară, devenită adevărata sa știință fundamentală. Descoperirile neurochimice ale psihofarmacologiei au transformat realmente viața bolnavil mintali, precum și condițiile de muncă medicilor psihiatri. Dar acest model ne chimic rămâne un eșec pe planul teoret în măsura în care nu a reușit să expli etiologia generală a maladiilor menta deoarece s-a limitat în mod strict la cer tarea anumitor efecte asupra sinapselo medicamentelor psihotrope utiliza Punctul de vedere promovat nu a perm crearea de alte medicamente cu adevă noi, deoarece toate produsele utilizate fost rezultatul unui pur empirism, prod sele noi nefiind decât consecința unor teze sistematice de molecule noi, pe b primelor neuroleptice sau antidepresi descoperite oarecum întâmplător (J. Ca litiul, în 1949, J. Delay, clorpromazina, 1952, și R. Kuhn, imipramina, în 195

Modelul psihosociologic a permis mo ficarea profundă a atitudinilor psihiatril față de bolnavi, cum ne-o dovedește ist ria terapiei instituționale*. El a demonstr de asemenea, că maladia mentală nu e întotdeauna vătămarea psihică a un singur individ, ci este adesea simptom indispoziției unui întreg grup familial s social, permițând, așadar, asocierea tr mentelor individuale cu o acțiune terap utică familială sau instituțională. Oricum însă, acest model se lovește „de ireduct bilitatea anumitor stări zise patologic (A. Bourguignon).

MODELUL PSIHOBIOSOCIAL. A trebui depășite aceste trei modele princ pale, pentru a se ajunge la un model m global, de tip psihobiosocial. Este ceea c a încercat să facă A. Meyer*, încă de începutul secolului XX. Încercare relua de G.L. Engel, în 1977, propunând pentr acest model o „triplă paradigmă", biolo că, psihologică (cu o abordare atât psiho dinamică, cât și comportamentală) socială, ființa umană fiind considerată o ființă socială în permanentă interacțiune cu anturajul său. Este ceea ce ne propune și M. Reynaud, sub forma unui model pe care îl numește „integrativ", biopsihosocial (1989). Trebuie să recunoaștem extrema complexitate a activității psihice umane, care se situează în același timp într-un organism biologic dinamic și într-o rețea de interacțiuni psihosociale multiple cu mediul, fără a se putea întotdeauna preciza ceea ce este de domeniul sănătății și de acela al maladiei, distincția dintre normal și patologic fiind în general arbitrară, convențională și neîntemeiată științific. În acest sistem complex, mai cert este faptul că acele concepții etiologice bazate pe relații lineare între cauză și efect sunt cu totul insuficiente întru a explica apariția maladiilor și tulburărilor mentale. Iar orice tentativă reducționistă, care urmărește să privilegieze un singur determinant, este în mod ineluctabil sortită eșecului.

Iată de ce trebuie abandonate definitiv luptele sterile dintre diversele ideologii etiologice, fie ele organogenetice, psihogenetice sau sociogenetice, în psihiatrie. Aceasta trebuie să se orienteze spre o practică în același timp pragmatică (fiind capabilă să utilizeze toate mijloacele de acțiune care îi stau la dispoziție), dar și plină de respect față de subiectul uman și suferința sa psihică, pe care face eforturi să o aline. Căci nebunia nu este numai o boală; ea este, de asemenea, una din condițiile antropologice și existențiale fundamentale ale vieții fiecărei ființe omenești.

Bibl.: Bourguignon, A., „Penser la psychiatrie", *Synapse*, no 58, nov. 1989, pp. 1–3; Ey, H., *Plan d'organisation du champ de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1966; Lalonde, P., Grunberg, F., *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*, G.Morin, Montréal, 1988; Postel, J., *Genèse de la psychiatrie*, Le Sycomore, Paris, 1981; Postel, J., Quétel, C., *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1983; Reynaud, M., *Soigner la folie*, Frison-Roche, Paris, 1989; Somelaigne, R., *Les pionniers de la psychiatrie française*, Baillière, Paris, 2 vol., 1930, 1932; Swain, G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1979; Thuilleaux, M., *Connaissance de la folie*, P.U.F., Paris, 1973; Zarifian, E., *Les jardiniers de la folie*, O. Jacob, Paris, 1987.

PSIHIATRIE GENETICĂ (engl. *genetic psychiatry*). **Domeniu al psihiatriei consacrat cercetării factorilor etiologici ereditari ai maladiilor mentale.**

Primele cercetări au fost de epidemiologie familială, bazându-se pe analiza cantitativă a distribuției unui caracter morbid (fenotip) în cadrul uneia sau mai multor familii. Ele s-au orientat spre metoda gemenilor*, care permite evaluarea indicelui de determinare genetică într-o afecțiune mentală dată. Gemenii monozigoți posedă un genotip comun, pe când gemenii heterozigoți nu împărtășesc decât jumătate din patrimoniul lor genotipic (ca frații și surorile într-o înfrățire obișnuită).

Aceste două tipuri de gemeni se dezvoltă, în general, în același mediu, metoda gemelară constând deci în a compara proporția de concordanță, în cazul unei trăsături patologice, între gemenii mono- și dizigoți. Metoda copiilor adoptați permite, pe de altă parte, să se distingă partea care revine „eredității biologice" în comparație cu „ereditatea environmentală". Actualmente s-a trecut de la abordarea epidemiologică la metode care permit, în virtutea progreselor realizate de genetica moleculară, cercetarea directă a localizărilor precise pe cramozomi. Metoda acestui *linkage*

cromozomic permite „testarea cu ajutorul marcatorilor a ipotezei mai specifice privind o ereditate legată de un cromozom dat" (J. Mendlewicz).

Aceste cercetări diferite s-au referit în special la psihoza maniaco-depresivă și la schizofrenie. Numai prima dintre aceste două afecțiuni ar avea o etiologie ereditară aproape certă (cel puțin la nivelul predispoziției). Dar „gena fiecărei familii de psihoză maniaco-depresivă nu este dominantă, nu are o penetranță totală. Rolul mediului este fundamental: experiențele din prima copilărie, partea psihosocialului, teoria psihoterapeutică și psihanalitică nu sunt incompatibile cu ceea ce explorăm noi", spunea la congresul de la Atena (octombrie, 1989) Mendlewicz, specialist în cercetări genetice în psihiatrie.

PSIHOCHIRURGIE (engl. *psychosurgery*). **Metodă de tratament al tulburărilor mentale prin intervenție chirurgicală asupra creierului.**

ISTORIC. La originea psihochirurgiei stă neurologul portughez E. Moniz, care în 1935 a efectuat intervenții de acest fel (deși o tentativă îndrăzneață, rămasă fără răsunet, a avut loc în 1891, pe 6 bolnavi agresivi, tentativă datorată lui Burckhardt). Moniz a obținut în 1949 Premiul Nobel pentru că a „descoperit acțiunea terapeutică a leucotomiei prefrontale în unele psihoze". Reluată de autori anglo-saxoni ca Freeman și Watts, metoda va fi utilizată pe o scară destul de mare în anii '40, pentru ca apoi să cunoască un declin treptat, o dată cu utilizarea în premieră a unor tratamente medicamentoase. Recent, perfecționarea tehnicilor (îndeosebi reperajul stereotaxic) a făcut operațiile mai puțin mutilante, ceea ce permite utilizarea metodei în continuare (deși mai rar în zilele noastre în pofida problemelor etice pe care le pu

Indicațiile psihochirurgiei au în ved patru criterii esențiale: caracterul extrem invalidant al tulburărilor; o evoluție lungă durată a maladiei și lipsa de spera într-o ameliorare spontană a acestei eșecul sau imposibilitatea tuturor celorla tratamente; în sfârșit, afecțiunea în ca trebuie să aibă drept indicație optimă psih chirurgia. Beneficiază de această meto nevroza obsesională, melancolia și, într- grad mai redus, mania cronică și schiz frenia paranoidă. Este, de asemenea, uti zată în stările de agitație ireductibilă epileptici și la oligofreni.

Aprecierea rezultatelor psihochirurgi este extrem de dificilă: puține sunt studii care precizează criteriile de succes sau e eșec și evaluarea obiectivă a eventualele sechele cognitive și afective. Alterarea pe sonalității (cea mai gravă fiind clasicu „sindrom frontal": indiferență, euforie deplasată, pierderea simțului etic etc.) scăzut mult, ca risc, în urma limitării leziunilor, dar rămâne unul din reproșurile esențiale la adresa acestei metode, chia dacă unii subliniază că o modificare a personalității care să facă posibilă o mai bună adaptare este scopul comun al tuturor tratamentelor psihiatrice.

PROBLEME ETICE. Unele regimuri au fost bănuite că își lobotomizează (→ LOBOTOMIE) adversarii politici. Altele au propus psihochirurgia pentru delincvenții sexuali agresivi, ca alternativă la pedeapsa cu închisoarea. În general, se consideră că are loc un abuz ori de câte ori în utilizarea psihochirurgiei intervin alte interese decât acelea stricte ale pacientului. Aceste abuzuri, chiar dacă nu pun sub semnul întrebării însuși principiul metodei, arată cât de mare trebuie să fie prudența. *A contrario*, H. Ey a putut denunța „abstenționismul agresiv" al celor care refuză *a priori* un tratament de pe urma căruia pacientul ar obține un beneficiu major. Fapt este că însăși legitimitatea psihochirurgiei rămâne pusă în discuție: crearea unei leziuni organice într-o maladie funcțională, caracterul ei ireversibil, intruziune distructivă și oarbă în ceea ce constituie esența însăși a unui om. → LEUCOTOMIE; LOBOTOMIE.

PSIHODRAMĂ (engl. *psychodrama*). **Tehnică de joc improvizat în cursul căruia se exprimă tensiuni afective mai mult sau mai puțin puternice, în vederea psihoterapiei personale sau a unei evoluții relaționale.**

Termenul și metoda au fost inventate de J. L. Moreno, în cursul anilor '30, apoi reluate și remaniate de numeroși psihanaliști. Psihodrama moreniană, ivită din experiențe de „teatru improvizat", vizează esențialmente un efect cathartic (descărcare afectivă) produs de o exprimare spontană și interactivă. Terapia psihodramatică se aplică la unele tulburări caracteriale, la conflicte conjugale, parentale sau profesionale, ca și la tensiuni apărute în cadrul unui grup. Pentru a o conduce, Moreno solicită cinci instrumente de acțiune și de interacțiune: un spațiu scenic în care corpul să se exprime prin vorbire; unul sau mai mulți actori, care să-și pună și să-și trăiască problemele; un psihodramatician (în același timp conducător de joc, analist și terapeut); câțiva ego-auxiliari (determinați să încarneze personajele evocate de actor sau figurând dublul acestora); un public (membri ai unui grup sau ai unei sesiuni) invitat să reacționeze liber la avatarurile jocului și să contribuie la elucidarea sensului său și a soluțiilor.

Ședința se desfășoară în trei faze: *încălzirea grupului* (engl. *warming-up process*): acțiunea dramatică însăși; interanaliza colectivă a jocului. În cursul acțiunii, animatorul poate sugera o răsturnare de rol, un soliloc sau încarnarea de către subiect a partenerilor săi de zi cu zi cei mai investiți (părinți, prieteni, șefi etc.), în scopul integrării sau al evoluției percepțiilor și afectelor sale.

În Franța, numeroși psihanaliști au reluat demersul psihodramatic, în modalități destul de diferite de acelea ale fondatorului său. După D. Widlöcher, în loc de a induce activ spontaneitatea (concept vag), se lasă pacientului alegerea temei de joc, singur sau în grup; rolul psihodramaticianului constă în interpretarea temei și în punerea ei în scenă (verbală sau gestuală), în termenii unor dorințe sau defense încărcate de semnificații inconștiente — interpretări care vor fi comunicate fie la sfârșitul ședinței, fie pe parcursul jocului, prin intrarea în scenă a analistului însuși. „Încălzirii" și sugestiilor le iau locul transferul și regresiunea, iar imaginației creatoare, analiza fantasmelor care stau la baza conduitelor.

Modalitățile psihodramei analitice sunt ele însele diverse, după persoanele implicate (tineri sau adulți), după situații și obiective. Uneori pacientul este singur în interacțiune cu un cuplu sau cu o echipă de terapeuți; alteori demersul dramatic alternează cu ședințe de grup de evoluție sau capătă forma unui ciclu; ultimele cazuri corespund mai degrabă acțiunilor de formare intensivă decât unor psihoterapii.

Bibl.: Blatner, A., *Acting in: Practical Applications of Psychodramatic Methods*, Springer Publishing Company, New York, 1989 (2-e éd.); Kestemberg, E., *Le psychodrame psychanalytique*, P.U.F., „Que sais-je?", Paris, 1987;

Anzieu, D., *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, P.U.F., Paris, 1979.

PSIHOFARMACOLOGIE (engl. *psychopharmacology*). **Cercetare a medicamentelor care au un efect asupra activității mentale (psihotrope).**

Unele sedative vegetale, ca opiul, beladona sau rădăcina de rauwolfia sunt menționate din antichitate. Droguri ca hașișul, peyotl sau coca au fost utilizate în trecut pentru a favoriza experiențele mistice. Principiile active ale acestor droguri nu erau cunoscute. Ele au fost izolate abia în secolul al XIX-lea, când s-au produs primele medicamente de sinteză.

Dintre psihostimulente, cafeina din cafea (Runge, 1820), stricnina din nuca vomică (P.J. Pelletier și J.B. Caventon, 1818), efedrina (M. Nagai, 1885) au fost extrase din substanțe naturale. Amfetaminele, amine sintetice, au fost mai întâi utilizate sub formă de benzedrină (1931), apoi sub formă de dexedrină și, în sfârșit, de metilamfetamină (1939). Dintre halucinogene, mescalina din peyotl (izolată în 1894 și sintetizată în 1910) va fi utilizată în studiile de farmacologie experimentală de către W. Mayer-Gross (1925) în Germania și apoi în Marea Britanie, ca și în Franța (1949–1954) de către școala lui J. Delay.

Cât privește sedativele, sunt izolați alcaloizii beladonei, între care atropina (1825) și scopalamina din măselariță. Aplicații clinice capătă și alți compuși. Bromura, utilizată în tratamentul unor stări comițiale (1851), va fi numită de V. Voisin și M. Legrand du Saulle „botnița epilepticilor". Cloralul (1832) este și astăzi utilizat ca hipnotic.

Barbituricele vor fi descoperite la începutul secolului XX, când se izolează dietilmalonilureea. Feniletilmalonilureea va fi propusă ca hipnotic înainte de a fost puse în evidență proprietățile a epileptice. Începând din 1935, sin barbituricelor cu perioada de înjumăt scurtă va permite utilizarea lor pe c intravenoasă, în narcoanalize. În doze barbituricele sunt utilizate și ca sedat

Va trebui totuși să se aștepte anii pentru ca unii compuși să dovedeasc eficacitate terapeutică specifică în st psihopatologice. Nașterea psihofarm logiei de azi o marchează descoperire 1952 a eficacității clorpromazinei psihoze (→ NEUROLEPTIC). Până atunc se dispunea de medicamente cu adev active în marile tulburări mentale, ci d de sedative și de hipnotice nespecifice se recurgea la metode de șoc (ca electr șocul). În 1950 a fost propusă, în tr mentul unor stări de agitație, prometazi Ea încă mai este utilizată ca antialergi ca sedativ. Clorpromazina este o fenotiazină, derivată din antihistaminic familie care va sta, de altfel, la origin primelor antidepresive. Clorpromazi rămâne totuși capul de serie al medic mentelor „neuroleptice" sau „tranchiliza majore". Neurolepticele se vor dovedi e ciente nu numai în formele acute și p ductive de psihoză, ci și în schizofreni deficitare cu evoluție cronică, marcate d inhibiție. În 1963 (A. Carlsson) a fost d coperită capacitatea de blocare a recept rilor dopaminergici, comună la ac compuși eterogeni pe plan chimic.

În căutarea de substanțe care pos proprietăți anxiolitice și sedative f efect hipnotic, cercetătorii au sintetiz clordiazepoxida, prima benzodiazepin Benzodiazepinele, cei mai cunoscuți „tr chilizanți minori", vor fi din plin recom date începând din anii '60. Mai pu toxice, ele vor înlocui treptat barbiturice

Medicamente simptomatice ale angoasei, benzodiazepinele nu au efectul specific al neurolepticelor și antidepresorilor.

Primele două tipuri de antidepresori sau timoanaleptice au fost descoperite în 1957: un triciclic, imipramina (R. Khun) și un IMAO (inhibitor al monoaminoxidazei), iproniazida (N. Kline). Mai recent, antidepresorii cu structuri chimice eterogene au dovedit o eficacitate antidepresivă similară. Toți acești compuși au proprietatea de a redresa dispoziția depresivă, mergând până la a determina uneori o inversare a dispoziției exprimată printr-o stare maniacă.

Alte medicamente, numite „timoreglatoare", sunt utilizate în tratamentul de fond al tulburărilor de dispoziție. Litiul, utilizat din 1949 (J. Cade), apoi abandonat, a fost reintrodus în practica clinică (1966) după ce danezul M. Schou a demonstrat că eficacitatea și caracterul inofensiv depind de controlul strict al proporțiilor sale plasmatice (litiemia). Litiul posedă un efect curativ antimaniac și mai ales un efect preventiv în ceea ce privește recidivele maniace și depresive, ceea ce a ameliorat pronosticul psihozei maniaco-depresive, pacienții nemaifiind la discreția unei recidive.

Dezvoltarea psihofarmacologiei a condus la o clasificare a psihotropelor, ca aceea propusă de P. Deniker, după J. Delay. Dincolo de eficacitatea sa asupra „simptomelor-țintă", psihofarmacologia poate determina o modificare psihologică globală la pacienți, permițându-le să-și reorganizeze relațiile pe care le întrețin cu ei înșiși și cu ceilalți. Drept urmare, neurolepticele au contribuit la golirea spitalelor psihiatrice și i-au făcut pe unii pacienți accesibili la psihoterapia individuală și la luarea în sarcină instituțională. Pe plan teoretic, psihotropele, adevărate unele farmacologice, au putut servi drept analizori ai comportamentelor și ai sistemelor monoaminergice care intervin în maladiile mentale. Ele au condus astfel la clasificarea din DSM-III, au acreditat teoria dopaminergică a schizofreniei și au contribuit la separarea tulburărilor panice de alte forme de anxietate. Psihofarmacologia a modificat desigur profund viziunea noastră despre psihiatrie. Este de notat că descoperirile fundamentale în psihofarmacologie au avut ca origine observația clinică și că nici o descoperire esențială, în pofida dezvoltării neuroștiințelor, nu a pus sub semnul întrebării progresele realizate în anii '50. → FARMACOPSIHOLOGIE.

Bibl.: Barchas, J.P. et alii, *Psychopharmacology. From Theory to Practice*, Oxford University Press, New York, 1977; Feldman, R.S., *Fundamentals of Neuropsychopharmacology*, Sinauer, Sunderland, Mass., 1984; Iversen, L.L. et alii, *Handbook of Psychopharmacology*, Plenum Press, 1977.

PSIHOPLASTICITATE. Tendință de a produce simptome de expresie somatică sub influența unor reprezentări psihice induse de anturaj.

Psihoplasticitatea este o caracteristică a personalității isterice.

PSIHORIGIDITATE. Trăsătură de caracter care se manifestă printr-o lipsă de suplețe a proceselor intelectuale și o incapacitate de a se adapta la situații noi.

PSIHOSENZORIAL(Ă) (engl. *psychosensory*). **Se spune despre o experiență perceptivă ale cărei calități senzoriale nu sunt produse de stimulări ale organelor de simț.**

Avem deci de-a face cu o experiență halucinatorie. Termenul *tulburare psihosenzorială* este, de altfel, sinonim cu acela de *halucinație**.

PSIHOSOMATIC (engl. *psychosomatic*). **Se spune despre ceea ce privește în același timp corpul și spiritul, mai ales în legătură cu vătămări viscerale organice sau funcționale provocate parțial sau total de către factori psihoafectivi.**

Medicina psihosomatică, despre care s-a crezut că a fost descoperită la începutul secolului XX, datează, de fapt, de pe vremea lui Hipocrate. Pentru școala din Cos, boala cea mai somatică are întotdeauna o parte din cauzele sale în psihic, precum și un răsunet psihic, omul fiind un complex psihosomatic care trebuie întotdeauna tratat în totalitatea sa. Chiar și în secolul Luminilor, medicul genevez M. Tissot descria pe larg „influența pasiunilor sufletului în maladii și mijloacele de a-i corecta efectele nefaste". Influențele „moralului" asupra „fizicului" au fost, de asemenea, bine descrise de G. Cabanis, Ph. Pinel și E.Esquirol. Dar numai după reflexologia pavloviană (o dată cu „medicina corticovisceralã" a lui K.M. Bîkov) și mai ales după psihanaliză a fost studiată într-un mod mai științific cauzalitatea psihică a afecțiunilor organice, încercându-se, în special, stabilirea de corelații între cutare maladie și cutare tip de conflict, de personalitate sau de traumatism afectiv. Acolo, de altfel, unde putem găsi aceste corelații se situează adevăratul domeniu al medicinei psihosomatice, despre care putem spune că este vorba mai mult de un tip de abordare a maladiilor (C. Dejours) decât de o veritabilă specialitate medicală.

Acest demers a fost bine clarificat de psihanaliză. Explicația cea mai simplă a tulburării psihosomatice a fost în prim rând căutată pe planul conversiei isteri (J. Delay), al cărei mecanism rămâne p specific unei nevroze ca să poată fi re mente reținută aici, din perspectivă psih somatică. Alți psihanaliști și îndeose F. Alexander și școala din Chicago căutat să explice manifestarea organică planul simbolizării psihosomatice. Fiec maladie somatică trebuie în acest caz corespundă unui tip de conflict determin sau unui nivel precis de fixație sau de gresie a libidoului. Și în acest caz int pretarea s-a dovedit destul de hazardată, corelațiile căutate au fost rareori eviden De la nivelul regresiunii s-a trecut în m cu totul firesc la tipul de personalitate și funcționare mentală. Școala din Paris, M. Fain, P. Marty și J. Mac Dougall, ilustrat în mod deosebit în acest domeni Ea corelează expresia morbidă psih somatică cu carența funcțiilor simbolică imaginară la pacient, care nu ar dispu decât de o gândire operatorie și ar fi for să acționeze în și prin corpul său asup conflictelor și angoasei de care sufer într-un fel de proces de psihoză al (*psychose blanche*).

Au fost, de asemenea, investigate num roase mecanisme endocrine (H. Selye) biochimice. Dar P. Sifneos a introd conceptul de alexitimie*, care leagă bo psihosomatică de un tip de personalit alexitimică destul de caracteristică: e vorba de pacienți tensionați, rigizi, care mari dificultăți în contactul cu ceilalți sunt incapabili să-și exprime sentimente și starea afectivă. Alexitimia apare deci acea incapacitate de a stabili conexiu între emoții și reprezentările lor mental Explicația neurofiziologică ar fi absența conexiuni între nucleii sistemului limb (generator de emoții) și neocortex. Ace

ar genera o hiperactivitate a sistemului neurovegetativ care poate determina la unii tulburări somatice (P. Sifneos). După cum vedem, această concepție se întâlnește finalmente cu aceea a lui P. Marty. Un bun exemplu de alexitimie este dat de subiecții care au supraviețuit unor experiențe extrem de traumatizante (războaie) și care cred că au ieșit cu bine din ele datorită insensibilității lor și negării masive a emoțiilor. La întoarcerea la viața normală este păstrată această linie de conduită, cu frecventa apariție a unor tulburări somatice.

La tratamentul organic specific al maladiei se asociază, în general, o luare în sarcină psihoterapeutică. Dar aceasta rămâne dificilă în măsura în care subiectul o solicită rareori și nu are câtuși de puțin posibilitatea, cum am văzut mai sus, să se exprime cu ușurință pe plan emoțional. Psihoterapia trebuie, în plus, să abordeze conflicte extrem de arhaice, cu un transfer de relație maternă deosebit de precoce (Mac Dougall), foarte aproape de aceea a psihoticului, greu de controlat. Iar restabilirea „funcției imaginare" (Sami-Ali) rămâne destul de aleatoare.

Bibl.: Alexander, F., *La médicine psychosomatique*, Payot, Paris, 1952; Dejours, C., *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Payot, Paris, 1986; Marty P. et coll., *L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, Paris, 1980; Sami-Ali, *Corps réel, corps imaginaire*, Dunod, Paris, 1977.

PSIHOTERAPIE (engl. *psychotherapy*). Orice utilizare de mijloace psihologice pentru a trata o maladie mentală, o inadaptare sau o tulburare psihosomatică.

Această definiție este foarte largă în ceea ce privește tehnicile care pot fi utilizate, iar în ceea ce privește recomandările (care, prin prisma psihosomaticului, pot cuprinde aproape întreg domeniul patologiei organice) corespunde diversității extreme a practicilor psihoterapice și a teoretizărilor acestora. Toate formele de psihoterapie pot fi totuși reduse, după F. Guattari, la o „gestiune savantă și, dacă e posibil, ameliorată a relației interumane". Ele vor implica trei termeni esențiali:

– pacientul purtător de simptome sau inadaptat;

– operatorul terapeutic, în același timp depozitar de cunoștințe și al unui *savoir-faire* specializat;

– un mijloc privilegiat de comunicare.

Pornindu-se de la aceste trei elemente, se vor găsi numeroase variații care, totuși, pentru cei mai mulți rămân în sfera unui model privilegiat în cultura noastră occidentală de la finele secolului XX, acela al psihanalizei*. Și nu pentru că aceasta ar fi doar o psihoterapie. Dimpotrivă, ea nu este decât în mod accesoriu psihoterapie, fiind în primul rând o teorie psihopatologică și chiar o veritabilă doctrină cu însemnătate antropologică și filosofică. Dar ea rămâne marea referință teoretică a multor psihoterapii practicate în prezent.

ISTORIA PSIHOTERAPIEI. Așa cum spune H.F. Ellenberger în *À la découverte de l'inconscient* (1974), preistoria psihanalizei începe cu magnetismul animal introdus la Paris, în 1778, de F.A. Mesmer. Un discipol al lui Mesmer descrie, cel dintâi, în 1785, starea de „somnambulism provocat" prin pase magnetice. Marchizul A.M.J. de Chastenet de Puységur este acela care indică relația care se instaurează între terapeut și „somnambulul" său, relație „hipnotică", cum o va numi J. Braid atunci când a înlocuit termenul de *somnambulism* cu acela de *hipnotism*. Iar la Nancy

H. Bernheim precizează importanța sugestiei în declanșarea somnului hipnotic, opunându-se lui J.M. Charcot, care, la Salpêtière, îl consideră mai degrabă o manifestare a isteriei. Tânărul neurolog vienez S. Freud, vine, în 1885, la Paris și la Nancy, fiind primul care detectează, în fenomenele hipnotismului, acțiunea unui inconștient pe care, încetul cu încetul, îl va descoperi. Reîntors la Viena, unde lucrează cu magistrul său J. Breuer asupra unor cazuri de isterie* tratate prin hipnoză, el își dă seama că majoritatea manifestărilor acestei nevroze sunt de origine inconștientă, exprimând în conversiuni corporale un conflict refulat de conștiință. Abandonând metoda hipnotică și lăsându-i pe pacienți să vorbească (engl. *talking cure*) așa cum le dictează asociația liberă a ideilor lor, el precizează treptat marile principii ale psihanalizei, al cărei scop este în același timp punerea în evidență a transferului (→ TRANSFER) și interpretarea defenselor și a fantasmelor, care duc la o explicare etiologică sexuală a nevrozelor.

DIVERSITATE DE METODE. O dată cu dezvoltarea psihanalizei către anii '30, se ajunge la o situație în care aceasta ocupă un loc central, în raport cu care se vor situa majoritatea celorlalte psihoterapii, mai mult sau mai puțin departe de centru. Aceasta duce la un fel de „clasificare concentrică" (D. Lagache) a acestora: la centru, psihanaliza în forma sa cea mai riguroasă de „cură-tip", cu dispozitivul tehnic al divanului, cu principiul asociației libere și al neutralității psihanalistului; iar împrejur s-ar situa toate variantele acestei cure-tip, caracterizate prin modificări tehnice care au drept scop evitarea dezvoltării unei situații terapeutice inaccesibile mijloacelor propriu-zis analitice. Este mai

întâi înlocuirea divanului printr-o p
zentare *face-à-face*, în special în c
copiilor, psihoticilor, delincvenților. D
voltată de A. Freud și M. Klein, psih
liza copiilor reprezintă domeniul tentativ
de maximă elaborare și eficiență. În sf
la periferie se situează psihoterapiile
inspirație psihanalitică.

Hipnoza cunoaște o recrudescen
interesului, mai ales în țările anglo-saxo
sub forma hipnoanalizei. Visul în stare
veghe dirijat (R.Desoille) se apropie
aceasta.„Cura scurtă" caută să realizeze
psihoterapie mai rapidă decât psihanali
utilizând conceptele psihanalitice. I se a
șează terapia analitică a lui F. Alexand
a cărei strategie se inspiră din patrimon
de cunoștințe teoretice și practice
psihanalizei, scurtarea curei nefiind
scop, ci un rezultat fericit; psihanalizele
psihoterapiile de grup; teatroterapiile și,
special, forma lor cea mai cunoscu
psihodrama lui J.L. Moreno; în sfâr
psihoterapia sub narcoză, zisă „narc
analiză" (J. Delay, P. Cossa).

PSIHOTERAPII DIRECTIVE ȘI NO
DIRECTIVE. Putem, de asemenea, f
distincție între psihoterapii după cum e
sunt directive sau nu. În cazul celor dint
psihoterapeutul joacă mai degrabă rol
unui părinte autoritar, iar pacientul pe ace
al unui copil ascultător. Hipnoza și sugest
sunt formele lor cele mai tipice, dar nu sun
singurele. Terapeutul poate interveni
deciziile practice și în organizarea vieții.
alte forme, personalitatea este abordată p
latura motivației (trebuință, emoție), i
psihoterapeutul capătă un rol mai matern
de consolare, de susținere, de încurajare
Mai rar, personalitatea este abordată sub
aspectul ei intelectual: terapeutul expune
principii de igienă mentală, distinge meca-
nisme psihologice, reface cu pacientul o

cercetare a vieții și personalității. Toate
aceste abordări se pot combina, cum este
adesea cazul în *psihoterapiile de susținere*,
care sunt, în general, de tipul unei psiho-
terapii directive sau autoritare, făcând apel
la sugestie, la persuasiune, la raționament.

Invers, psihoterapia nondirectivă *centrată pe client* (engl. *client-centered*), elaborată de C. Rogers, se vrea mai liberală și mai neutră decât psihanaliza. La Rogers nu se pune problema de a interpreta, nici chiar de a clarifica, de a reformula spusele pacientului. Psihoterapeutul se mărginește să asculte, să joace rolul de catalizator în progresele făcute de pacient întru cunoașterea de sine și în dezvoltarea personală. Nu este aici locul să discutăm despre eficacitatea psihoterapiei nondirective și nici despre eventuala insuficiență a intervențiilor psihoterapeutului „nondirectivist". Este posibil ca psihoterapia nondirectivă să comporte o parte de iluzie, în măsura în care nonintervenția exterioară se ia drept un liberalism profund și, privându-se de o anumită libertate de atitudine, devine un rigorism. „Oricum, psihoterapia nondirectivă constituie, cel puțin în principiile sale, ultimul termen al unei serii continue în care psihoterapiile se definesc după rolul mai mult sau mai puțin directiv al terapeutului și, în mod corelativ, după rolul mai mult sau mai puțin autonom al pacientului" (D. Lagache).

PSIHOTERAPII COMPORTAMENTALE ȘI COGNITIVE. Într-o perspectivă mult diferită și îndepărtându-se în mod hotărât de orice referință la Freud, se situează psihoterapiile comportamentale și cele cognitive, bazate pe învățare. Ele au căpătat, de câțiva ani, o importanță crescândă și par mai lesne de stăpânit decât psihoterapiile psihanalitice. Primele tratează direct simptomul, considerat în el însuși patogen și autoîntreținându-se. Nu se pune deci problema de a interveni asupra personalității globale a pacientului. Adresându-se mai ales obsesionalilor și fobicilor, terapiile comportamentale fac apel la tehnici de decondiționare, de desensibilizare care se înscriu într-un „program terapeutic", care rămâne totuși specific problematicii personale a fiecărui bolnav.

Terapiile cognitive, introduse în special de A. Ellis (1962) și de A. Beck(1973) în tratamentul depresiei, vizează să orienteze pacientul către o „conștientizare rațională a comportamentelor sale patologice", permițându-i să-și reformeze unele dintre judecăți și aprehensiunea perceptivă a lumii exterioare.

TERAPIILE CORPORALE. Trebuie să citățm și terapiile corporale, în același timp centrate pe relaxare*, pe realizarea unei destinderi musculare și o „restructurare a imaginii corpului" (G. Pankow). Aceste terapii au utilizat uneori tehnici asiatice vechi, de tip yoga; ele fac, de asemenea apel la filosofii religioase, ca *zen* în cazul gestaltterapiei* lui F. Perls sau a terapiei lui S. Morita. Ele se pot uneori înconjura de o instrumentație sofisticată, ca în *biofeedback*, unde intervenția electronicii permite un control continuu al destinderii musculare căutate. Desigur, am putea extinde aproape la nesfârșit lista de tehnici psihoterapeutice utilizate. Cartea lui W.S. Salakian, din 1969, descrie deja treizeci, dacă nu le avem în vedere decât pe cele principale. Actualmente s-au repertoriat mai mult de două sute (P. Gérin). Oricum, așa cum scria D. Lagache în 1956, „nici o psihoterapie nu este un panaceu universal".

SPRE UN BILANȚ. Un bilanț pune foarte clar problema valorii și eficacității diferitelor tehnici, problemă care multă vreme a rămas fără soluție, fiecare școală, fiecare bisericuță apărându-și cu strășnicie metoda și succesele sale terapeutice, respingând, în general, din cadrul ei spiritele prea critice, fie ei terapeuți sau pacienți. De câțiva ani, a început în sfârșit o abordare comparativă, obiectivă și chiar cantitativă a problemei. Gérin și echipa sa de la unitatea 265 a I.N.S.E.R.M. au întreprins o evaluare a acestor diverse psihoterapii, într-o cercetare multicentrică, cu o metodologie atât de riguroasă pe cât o permite o asemenea cercetare. Concluziile lor rămân în prezent deosebit de prudente. Li s-a părut posibil să definească indicatori de schimbare care permit recunoașterea că a avut loc, dacă nu o vindecare, cel puțin un veritabil „proces de schimbare" (E. Marc) pe parcursul psihoterapiei. Încă ne mai amintim de articolul lui H.J. Eysenck (1952), care declară că două treimi dintre nevrotici „se ameliorează oricare ar fi tratamentul și fie că sunt sau nu tratați". Un studiu comparativ al lui M.L. Smith și G.V. Glan (1977), analizând 475 de lucrări asupra diferitelor tipuri de psihoterapie, nu a putut indica deosebiri prea semnificative în rezultatele terapeutice obținute. Iar L. Prioleau, M. Murcloch și R. Brody, ca urmare a unei analize comparative a efectelor unor psihoterapii față de un placebo, ajung la concluzia că „beneficiile psihoterapiei nu sunt superioare față de acelea ale placebo la bolnavi adevărați" (*The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 1984, pp. 275–285). Este deci greu să ne pronunțăm asupra valorii cutării sau cutării psihoterapii. Foarte repede apar atitudini pasionale, favorabile sau defavorabile cutării sau cutării psihoterapii. Iar pentru mulți psihoterapeuți un astfel de demers trece drept „sacrilegiu, dată fiind pretenția pe care o presupune, de a cuprinde în globalitatea sa un domeniu atât de complex" (N. Sinelnikoff).

Bibl.: Ellis, A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York, 1962; Freud, S., trad.fr. *De la technique psychanalytique*, P.U.F., Paris, 1953; Gérin P., *L'évaluation des psychothérapies*, P.U.F., Paris, 1984; Salakian, W.S., *Psychotherapy and Connsiling*, Rand McNally College Publ., Chicago, 1969; Sinelnikoff, N., *Les psychotherapies*, M.A. éd., Paris, 1983; Walpe, J., The Practice of Behavior Therapy, Pergamon, New York, 1982.

PSIHOTIC (engl. *psychotic*). **Se spune despre o persoană care suferă de psihoză. • Adj. Care ține de o psihoză, care caracterizează o psihoză.**

Bolnavii psihotici sunt, așadar, cei care suferă de schizofrenie, de psihoză maniaco-depresivă sau de un delir cronic (parafrenie, psihoză halucinatorie cronică, paranoia). Caracteristicile psihozei sunt esențialmente, ruptura cu realitatea exterioară, diminuarea sau pierderea capacității de a comunica, bizareria tulburărilor, care rămân incomprehensibile, și lipsa conștientizării morbidității (spre deosebire de conștientizare în cazul afecțiunilor nevrotice).

PSIHOTONIC (engl. *psychotonic*). **Se spune despre substanțe diferite care exercită o activitate stimulantă și uneori periculoasă asupra psihismului.**

Psihotonicele includ produse precum cafeina, amfetaminele, nuca vomică, sărurile de arsenic, heptaminolul, a căror acțiune poate fi extrem de nocivă.

PSIHOTROP (engl. *psychotropic drug* sau *mind altering drug*). **Substanță naturală, semisintetică sau sintetică, susceptibilă de a modifica activitatea mentală (la nivelul vigilității, percepțiilor, cursului gândirii, dispoziției).**

Termenul, datorat lui J. Delay, este contemporan cu revoluția farmacologică din anii '50, care a dus la nașterea și dezvoltarea spectaculară a psihofarmacologiei*. Utilizarea în 1952 a fenotiazinei, primul neuroleptic (H. Laborit, J. Delay, P. Deniker) în tratamentul unor tulburări psihotice, a bulversat tratamentele în psihiatrie. În 1954, meprobamatul a fost primul tranchilizant modern, înlocuit în 1958 de clordiazepoxidă, primul anxiolitic din seria benzodiazepinelor. O dată cu imipramina (1957) ia naștere o nouă serie de psihotrope, antidepresorii.

CLASIFICARE. Delay propune o clasificare a psihotropelor, adoptată de Congresul mondial de psihiatrie în 1961, bazată pe noțiunea de „tonus mental" a lui P. Janet. Medicamentele sunt regrupate în funcție de acțiunea lor dominantă asupra nivelului de vigilitate și asupra dispoziției. De acord cu Deniker, putem distinge trei categorii.

Psiholepticele. Psiholepticele sunt depresori ai activității psihice. Acestea sunt:

1) *Hipnoticele* (somnifere): barbiturice sau nonbarbiturice (adesea din seria benzodiazepinelor);

2) *Tranchilizantele* și *sedativele* (anxiolitice, calmante etc.), mai ales din seria benzodiazepinelor (derivați ai diazepamului);

3) *Neurolepticele*, definite prin criterii precise (Delay și Deniker, 1957), anume:

– crearea unei stări de indiferență psihomotorie;

– eficacitatea cu privire la stări de excitație și de agitație;

– reducerea progresivă a unor tulburări psihotice acute și cronice (ca și acțiune antagonistă față de halucinogene);

– producerea de sindroame extrapiramidale și vegetative;

– efecte subcorticale dominante.

Există azi o întreagă gamă de neuroleptice, de la cele mai sedative (fenotiazină) la cele mai inhibitoare (carpipramină, trifluperidol) etc.

4) *Timoreglatorii*, utilizați spre a preveni recidivele psihozelor maniaco-depresive; este vorba de o nouă categorie de psiholeptice (săruri de litiu).

Psihoanalepticele. Psihoanalepticele sunt stimulenți ai activității psihice. Ele sunt:

1) *Nooanaleptice* sau stimulenți ai vigilității: acele *excitantia* clasice ale lui L. Lewin (cafea etc.), la care se adaugă amfetaminele;

2) *Timoanalepticele* sau antidepresorii (imipramină, IMAO etc.).

Psihodislepticele. Psihodislepticele sunt perturbatoare ale psihismului. Acestea sunt:

1) *Halucinogenele* sau onirogenele;

2) *Stupefiantele*;

3) Alcoolul și celelalte *inebriantia* ale lui L. Lewin (eter, solvenți).

UTILIZAREA PSIHOTROPELOR. Apariția de medicamente eficace a contribuit la dispariția aproape totală a „tratamentelor de șoc" utilizate în psihiatrie: imobilizarea, curele lui Sakel, electroșocuri, chiar lobotomii sau alte intervenții neurochirurgicale. Unele utilizări ale acestor medicamente nu s-au bucurat de stăruință: curele de somn nu sunt decât puțin indicate, „narcoanaliza" sau subnarcoza amfetaminică sunt aproape abandonate, la fel ca și experiențele de tratament cu halucinogene.

Gama neurolepticelor este folosită în tratamentul simptomatic al manifestărilor acute de psihoză: stări delirante acute, halucinații, agitație maniacă etc. Ele sunt adesea propuse ca tratamente de lungă durată, îndeosebi în folosirea de neuroleptice cu efect prelungit. Pe lângă folosirea de antidepresori, sărurile de litiu, cu acțiune psihotropă minimă, au un efect preventiv în ceea ce privește accesele de psihoză maniaco-depresivă.

Dincolo de funcția lor de tratament simptomatic, toți acești produși au relansat abordarea biologică a tulburărilor psihiatrice. Aceste cercetări farmacologice fac joncțiune cu neurofiziologia, îndeosebi prin cercetarea neuromediatorilor.

Dar, dincolo de progresele în tratament sau în cercetarea biologică a tulburărilor psihiatrice, utilizarea medicamentelor psihotrope a devenit un element sociocultural fundamental al societăților noastre. Din anii '60, consumul de psihotrope este în creștere constantă, iar în Franța, în 1985, cifra vânzărilor a depășit 200 de milioane de cutii anual. Prescrierea acestor medicamente depășește deci de departe cadrul specializat al psihiatriei. Tranchilizante, hipnotice prescrise de medicii de familie constituie un progres incontestabil în terapeutică. Dar adesea este greu de făcut deosebirea dintre o prescripție punctuală justificată și unele forme de abuz: aproape toate psihotropele sunt susceptibile să provoace obișnuire și mulți subiecți ajung să nu se mai poată lipsi de tranchilizantul „lor", de pilula „lor" de somn. După un raport al CREDOC, în 1987 francezii au utilizat 76,7 milioane de cutii de hipnotice și sedative și 87,9 milioane de cutii de tranchilizante. Aceste prescripții sunt în majoritatea lor destinate femeilor (2/3 față de 1/3 bărbați) și persoanelor în vârstă de peste 50 de ani; 16% dintre sugarii [illegible] 9 luni ar fi absorbit tranchilizante. Trebuie oare să vedem în această stare de fapt, [illegible] acord cu T. Szasz, o dovadă de sacralizare a chimiei și a influenței unei puteri medicale care înlocuiește vechea putere religioasă? Sau trebuie să admitem că psihotropele sunt chemate să devină, dincolo de simple medicamente — produse „de confort", pe care uzagerii trebuie să învețe ei înșiși a le utiliza? Aceste dezbateri trimit la reflecții asupra sănătății publice și asupra libertăților individuale: ele se află în centrul prevenirii în materie de toxicomanie.

PSIHOTROPE ȘI TOXICOMANII. Abuzul de-a dreptul toxicomaniac al psihotrope, în general în cadrul unei politoxicomanii, nu reprezintă decât o mică parte a acestei vaste probleme. Cu toate acestea, orice substanță psihoactivă este susceptibilă să dea loc la abuz, dacă nu la dependență fizică. Deosebirea între psihotrope și droguri este legată de cultură, de istorie, de modă și de legislație mai mult decât de farmacologie. Toate drogurile majore (heroină, cocaină, barbiturice, amfetamine etc.) au putut fi utilizate ca medicamente. Convenția de la Viena, din 1971, asupra psihotropelor, destinată să limiteze abuzurile și problemele de sănătate publică, este calchiată pe convenția din 1961 asupra stupefiantelor. Legislația tinde să rezerve substanțele cele mai active unei utilizări controlate medical.

Există întrucâtva o paralelă între solicitarea individuală a toxicomanului și cercetarea medicală sau științifică: dorință de atotputernicie și imortalitate, de fericire sub forma unor senzații imediate și manipulabile; toxicomani și cercetători, ca Ghilgameș, în căutarea tinereții eterne, Persifal, în căutarea Graalului, sunt în goană după elixirul junetii sau după pilula fericirii.

Bibl.: Deniker, P., *La psychopharmacologie*, P.U.F., „Que sais-je?", Paris, 1966; Deniker, P., *Psychopharmacologie*, Ellipse, Paris, 1987.

PSIHOZĂ (engl. *psychosis*). **Maladie mentală gravă care vatămă în mod global personalitatea pacientului și cel mai adesea justifică o luare în sarcină terapeutică intensivă, uneori cu necesitatea spitalizării contra voinței pacientului.**

Termenul *psihoză* rămâne general și se asociază cel mai adesea cu un calificativ care precizează evoluția (acută sau cronică), etiologia (organică, afectivă etc.) sau natura (schizofrenică, depresivă etc.). A fost creat de psihiatrul austriac E. Feuchtersleben, care l-a utilizat pentru prima dată în cursul său de patologie mentală, inaugurat la Viena în 1844. Dar el nu se distinge în acest caz de termenul de *nevroză* sau de *vesanie*, semnificând doar „boală a spiritului". Treptat va defini afecțiunile mentale cele mai grave, lăsând termenului *nevroză* întregul domeniu al celor mai ușoare și despre care pacientul are conștiința caracterului lor morbid, ceea ce permite tratarea lor cu acordul subiectului, pe când primele necesită adesea să fie tratate contra voinței sale.

De altfel, psihoza va fi caracterizată în raport cu nevroza, potrivit unor deosebiri semiologice și psihopatologice de care s-a abuzat atât de mult încât frontiera dintre ele s-a adâncit în mod exagerat. Mai târziu s-au creat entități morbide noi care stau călare pe această frontieră: cazul borderline* sau stări-limită, care au arătat caracterul adesea arbitrar și convențional al acesteia.

CRITERII SPECIFICE ALE PSIHOZEI. Cu toate acestea, putem recunoaște criterii distinctive pentru oricare psihoză:

– mai întâi, gravitatea tulburărilor, care adesea vor duce la deficiențe importante și la un adevărat handicap atunci când ele sunt definitive;

– lipsa conștientizării morbidității tulburărilor; un delirant crede în realitatea delirului său și nu admite că este vorba de o maladie care necesită un tratament;

– dificultatea comunicării, iar uneori chiar incomunicabilitate totală din partea psihoticului; acesta fuge adesea de orice contact, închizându-se în tăcere și în reticențele sale și utilizând câte o dată, când acceptă să vorbească, un limbaj de neînțeles, plin de neologisme, devenind în unele cazuri o adevărată schizofazie;

– în sfârșit, acea închidere în sine, care se poate învecina cu autismul*, se asociază cu o veritabilă rupere de realitatea exterioară, „care nu mai este recunoscută așa cum este, care poate fi chiar negată în întregime sau în parte și înlocuită cu o neorealitate personală a subiectului, cunoscută numai de el, incomunicabilă" (A. Manus).

Perturbarea profundă a relației subiectului cu realitatea va rămâne criteriul esențial al psihozei, în special pentru psihanaliști, care vor repera, pe urmele lui S. Freud, mecanisme psihotice specifice, pentru a o explica: în primul rând proiecția delirului, care urmează refulării și prin care bolnavul va proiecta în afara sa ceea ce refuză să recunoască drept realitate psihică proprie. Este în special cazul atracției homosexuale pentru un obiect transformat în persecutor demn de toată ura, în paranoia. Este apoi, la J. Lacan, forcluzia (termen luat din vocabularul juridic, semnificând pierderea unui drept care nu a fost exercitat până la

termenul admis) Numelui-Tatălui, *respingerea* (germ. *Verwerfung*) unui semnificant fundamental, care barează „accesul subiectului la ordinea simbolică, la metafora paternă", unde trebuie să se inaugureze, și la „funcția semnificantă a falusului", la care se articulează problematica fricii de castrare. Importanța acestui model lacanian este dată de faptul că se referă atât la vătămarea relației cu realitatea, cât și la ruperea comunicării. El dezvăluie, într-adevăr, prin negativul psihozei, „legătura intimă dintre percepția realității și poziția pe care o ocupă semenul ca sursă și ca destinatar al comunicării".

CRITICA UNICITĂȚII PSIHOZEI. Problema unicității psihozei a fost ridicată din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în special de către J.P. Falret, alieniștii din prima jumătate a secolului fiind mai degrabă partizanii unei nebunii unice, idiopatice sau esențiale (E. Georget), căreia ei îi opuneau freneziile sau nebuniile simptomatice legate de leziuni cerebrale sau viscerale (organice). Conceptul de psihoză unică sau monopsihoză a fost combătut de îndată ce psihiatri ca Falret, iar mai târziu E. Kraepelin, care au individualizat, cu criterii clasice și evolutive extrem de stricte, *psihoza maniaco-depresivă**, pe de o parte, și demența precoce — schizofrenia* — pe de altă parte. Astfel, aceste două mari tipuri de psihoză — unul cu tulburări afective predominante, iar celălalt caracterizat de o disociere mentală progresivă și de o vătămare a funcțiilor cognitive — își împart domeniul acestor psihoze esențiale, pe care Kraepelin le considera endogene. Dar diagnosticul diferențial al acestora, chiar dacă este bine codificat în diferitele manuale de psihiatrie și îndeosebi în DSM-III și DSM-III R, nu este întotdeauna ușor de făcut. Iar unii autori, ca sunt P. Berner sau H.G. Pope, consideră prezența simultană a simptomelor schizofrenice și a simptomelor timice este destul de frecventă, relansând problema unei monopsihoze schizoafective și modelul psihopatologic al lui W. Janzarik.

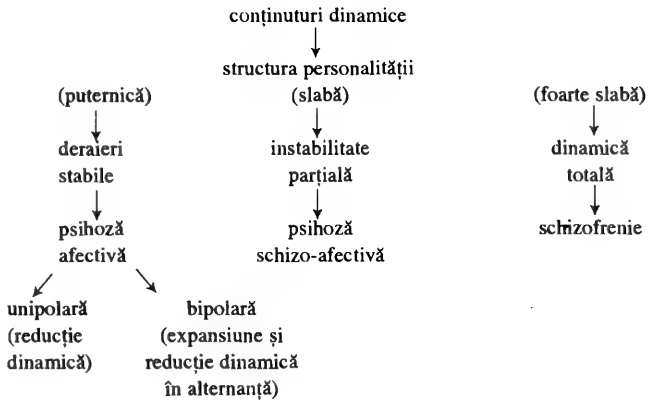
CÂTEVA MODELE ALE PSIHOZEI. Modelul lui Janzarik (1959) se bazează pe conceptele fundamentale de *dinamică* (germ. *die Dynamik*), de *structură* (germ. *die Struktur*) și de *coerență între dinamică și structură* (germ. *die Strukturell-dynamische Kohärenz*). Acest model permite să se înțeleagă de ce unele simptome ale schizofreniei, considerate clasice, nu sunt în mod necesar specifice acestei psihoze. Într-adevăr, dacă dinamica se referă la *elanul vital* (germ. *Antrieb*) și la *viața emoțională* (germ. *Emotionalität*), „structura" la *schemele comportamentale* (germ. *Verhaltenmuster*) și la *reprezentări* (germ. *Repräsentationen*) și dacă unele elemente ale acestei structuri sunt invadate de dinamică, fiind de aceea asociate cu *sentimentele* (germ. *Gefühle*), sunt posibile deraieri care pot să meargă până la o instabilitate dinamică totală, după schema A.

Vedem astfel cum, în funcție de solidaritatea mai mult sau mai puțin mare a structurii anterioare, apar, sub acțiunea unor conținuturi dinamice patogene, diferitele psihoze, potrivit unui continuum în care ele nu sunt net separate unele de altele.

Într-un model mai recent, P. Berner a reactualizat această schemă psihopatogenică, distingând două laturi (a se vedea schema B).

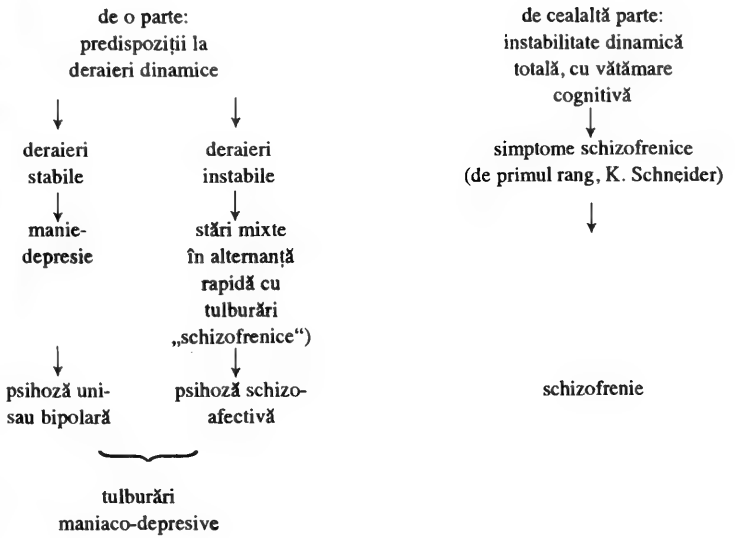
LATURA ORGANOGENEZEI. Acest punct de vedere extrem de general ca

SCHEMA A



(modelul lui Janzarik)

SCHEMA B



(modelul lui Berner)

privire la psihoze nu prejudiciază cauzele lor, care țin cel mai adesea atât de organogeneză, cât și de psihogeneză. Pe latura organogenezei vom identifica: factori genetici, mai ales la nivelul predispoziției, factori cronobiologici puși în evidență îndeosebi în unele psihoze maniaco-depresive, de G. Darcourt și școala de la Nisa; factori imunologici, a căror importanță au arătat-o N. Kammerer și F. Villemain; și, într-un mod mai ipotetic, factori neuropsihofiziologici (cu variații abia sesizabile de volum cerebral, mai mult sau mai puțin specifice, făcute vizibile pe scanner și prin rezonanța magnetică nucleară); factori endocrini (îndeosebi vătămări tiroidiene în psihozele mono- și bipolare), carențe vitaminice (în vitamina B6 și PP la unii schizofrenici), o posibilă infecție virotică (D.A.J. Tirnel, 1979), intoxicații, în special cu droguri ca L.S.D., mescalină, derivații dimetilați ai triptaminei, amfetamine*. Dar mai ales ipotezele biochimice reținactualmente interesul cercetărilor. Acesta se referă la excesul de dopamină sau la rolul peptidelor opioide și, pe un plan mai general, la rolul neuromediatorilor sinaptici.

LATURA PSIHOGENEZEI. S-a văzut aici explicația dată de psihanaliză unor operații mentale proprii psihozei: proiecția delirantă (Freud), forcluzia Numelui-Tatălui (Lacan), clivajele obiectului și ale Eului în regresia la faza schizoparanoidă (M. Klein) etc. Dar aceste explicații, în același timp genetice și structurale, nu pot ele singure să dea seama de apariția și dezvoltarea unei psihoze, chiar dacă pot justifica și orienta o psihoterapie a unor psihotici.

S-a făcut apel și la factori sociofamiliali (→ ANTIPSIHIATRIE; TERAPIE FAMILIALĂ). Trebuie doar să menționăm interesul trezit de numeroasele abordări în acest domeniu: mai întâi aceea inspirată din psihanaliz (Th. Lidz, N. W. Ackermann); apoi abo darea sistematică, care face din familie veritabil sistem autoreglat, cu ale sale do funcții cam contradictorii: tendința homeostazie, pe de o parte, capacitatea transformare, pe de altă parte; ceea ce apropie de școala de la Palo Alto* — car pe urmele antropologului G. Bateso centrează etiologia schizofreniei pe tulburare de comunicare: *dublă legătur* (engl. *double bind*) — și, în sfârșit, ca n-o citâm decât pe una dintre cele m importante, școala lui L. Wynne, care a p accentul pe conceptele de pseudomutualitate și de pseudoostilitate ca generatori d disociere și de psihoză în interiorul un familii.

După cum vedem, psihoza rămâ multiplă atât în ceea ce privește etiolog sa, structura sa psihopatologică, dar formele sale nosologice. Se cuvine să vo bim mai degrabă de „psihoze" și să adm tem un fascicul de factori predispozanți declanșatori spre a explica apariția dezvoltarea unei psihoze la un subiect Trebuie să fim capabili să evităm pr judecățile care ne-ar conduce și să nu utili zăm decât un tip de tratament în cazul un luări în sarcină terapeutică.

PSIHAN. **Proces morbid care se dezvoltă locul unei simbolizări nerealizate.**

Nu există definiție propriu-zis psihan litică a psihozei. Dar îi revine psihanaliz meritul de a se fi străduit ca, prin prism teoriilor sale, să scoată în evidență mec nismele psihice care conduc la psihoz delimitând astfel domeniul ei, în raport c acela al psihozei.

Dacă Freud rămâne protagonistul incontestabil al avansurilor teoretice materie de psihoză, el a fost în mod dive urmat în dezvoltările teoretice ulterioare ale altor protagoniști afirmați în persoanele unor Lacan, Melanie Klein și, o dată cu ea, D.W. Winnicott.

CONCEPȚIA LUI FREUD. Freud, ca și Kraepelin în acea vreme, vedea o legătură între paranoia și catatonie (schizofrenia lui E. Bleuler, elevul lor comun), dar, contrar acestuia, nu accepta organogeneza care li se presupunea. În consecință, el s-a străduit ca, pornind de la propria sa teorie a libidoului, să pună în evidență fundamentul sexual al oricărei psihoze, care dă cheia diferitelor tipuri de delir, într-un magistral studiu lingvistic.

Tocmai în analiza *Memoriilor unui nevropat*, publicate în 1903 de președintele Curții de apel din Saxonia, doctorul în drept P.D. Schreber, a găsit el fundamentele teoriei sale despre psihoze (1911), cu puțin înainte de a-și elabora concepția despre narcisism (1914).

Psihoza președintelui Schreber s-a declanșat atunci când el a fost numit președinte al Curții de apel. În viața sa el fusese obiectul unui adevărat terorism pedagogic exercitat de tatăl său, care era medic (M. Mannoni, *Éducation impossible*, 1973). Acel tată era autorul unui tratat de educație, în care o bună parte consta dintr-un dresaj cu ajutorul unei „gimnastici terapeutice", al cărei scop era să eradicheze tot ce era rău la copil și să reprime tot ce putea ține de ordinul dorinței. Schreber a avut un frate care s-a sinucis la vârsta de 38 de ani. Viața sa conjugală, fericită, era umbrită de lipsa copiilor. Aceste câteva elemente prezintă un mare interes în logica procesului său morbid. Boala lui Schreber debutează în 1893 prin câteva vise în care simptomele, trăite cu nouă ani mai înainte (ipohondrie gravă, se spusese), se repetă și în care se impune ideea neașteptată și bizară „că ar fi frumos să fie o femeie care naște". Indispozițiile fizice sunt interpretate ca persecuții exercitate de doctorul Flechsig, acuzat de asasinat al sufletului, același doctor care îl îngrijise și îl vindecase cu câtva timp mai înainte. Președintele Schreber a rămas la casa de sănătate până în 1902, iar hotărârea judecătorească prin care și-a recăpătat libertatea, conține rezumatul sistemului său delirant, în pasajul următor: „El se considera chemat să mântuiască lumea și să-i redea fericirea pierdută, dar nu ar fi putut-o face decât după ce ar fi fost transformat în femeie." Schreber credea că, cu prețul emasculării, avea de jucat un rol mântuitor, devenind soața lui Dumnezeu și procreând o lume scheberiană. Căci acel Dumnezeu, substitut al doctorului Schreber nu era înconjurat decât de cadavre.

Freud, remarcând că persecutorul desemnat, doctorul Flechsig, fusese la început obiect al dragostei lui Schreber (și al soției sale, care, în semn de recunoștință, păstrase ani în șir fotografia sa pe birou), emite ipoteza unui puseu de libido homosexual, ca punct de pornire al oricărei maladii. Freud se bazează pe faptul că Flechsig a fost pentru pacient un substitut al obiectelor sale erotice infantile, adică tatăl și fratele, amândoi decedați în momentul exploziei delirului: „fondul însuși al fantasmei delirului devine conținutul persecuției", scrie Freud.

Avansurile teoretice ale lui Freud cu privire la libidoul infantil îl fac să identifice punctul slab al paranoicilor în fixația la stadiul autoerotismului, al narcisismului și homosexualității, etapă obligatorie a oricărei construcții libidinale, în care copilul ia drept obiect erotic pe deținătorul de organe genitale asemănătoare cu ale sale,

căci el se iubește în primul rând pe sine, cu tot cu propriile-i organe genitale.

Freud adaugă că lucrurile se petrec exact la fel în schizofrenie: psihoticii au un libido esențialmente orientat spre corpul propriu.

Libidoul, în general, este sublimat în raporturile sociale, dar exercitarea lui este periculoasă pentru psihotic care, în oricare altul, nu are de-a face decât cu un duplicat al lui însuși, pe care îl contestă; geniul lui Freud a remarcat că, în diferitele deliruri care se constituie, totul se reduce la contrazicerea unei propoziții unice: „eu, un bărbat, îl iubesc pe el, bărbat", diferitele forme clinice ale delirurilor epuizând toate modurile posibile de a formula această contradicție.

Analiza lingvistică pe care el o face indică trei moduri de a contrazice propoziția: contrazicerea subiectului, a verbului și a obiectului. Delirul de persecuție va opera o răsturnare a verbului: „eu nu-l iubesc, el mă urăște, îl urăsc pentru că mă persecută"; erotomanul va refuza obiectul: „nu pe el îl iubesc, ci pe ea", care se va transforma în „o iubesc pe ea pentru că mă iubește"; în sfârșit, gelosul delirant nu va recunoaște subiectul și va transforma propoziția în „nu eu îl iubesc pe bărbat, ea este aceea care îl iubește; nu eu iubesc femeile, el este acela care le iubește".

Propoziția, adaugă Freud, poate fi respinsă chiar și în bloc: „nu iubesc pe nimeni, nu mă iubesc decât pe mine", caz în care avem de-a face cu delirul de grandoare.

Problema teoretică de rezolvat pentru Freud este aceea de a pune în evidență legăturile dintre proiecție și refulare, deoarece în economia libidinală a psihoticului este reprimată o percepție internă, în locul ei ajungând o percepție venită din exterior.

Se pune astfel problema unui mecanism care ar fi propriu psihozei. Bazându-se pe convingerea lui Schreber cu privire la iminența sfârșitului lumii, convingere fo[rte] adesea întâlnită în paranoia, Freud co[n]deră că refularea ar consta dintr-o retrag[ere] a investițiilor libidinale care se refer[ă] persoane sau obiecte altădată iubite, p[ro]ducția morbidă delirantă fiind o tentat[ivă] de reconstrucție a acelor investiții, un [fel] de tentativă de vindecare; el face atu[nci] acea remarcă extrem de importantă [că] elementul abolit în interior (*Verwerfung*) revine din afară; dar, adăugând că de[pla]sarea libidoului trebuie să fie mecanism esențial și regulat al oricărei refulări, l[ăsa] în suspensie însăși problema detaș[ării] libidoului.

După elaborarea celei de a doua topici, Freud va delimita câmpul psihozei într-un conflict între Eu și lumea exterioară, [și] câmpul nevrozei într-un conflict între [Eu] și Sine (*Nevroză și psihoză*, 1924).

Pierderea realității, consecință a ace[stor] conflicte pe care le întâlnim în amb[ele] cazuri, ar fi un dat inițial în psihoză, un[de] s-ar cuveni mai degrabă să avansăm ide[ea] că un substitut de realitate a luat locu[l] ceva care a fost forclus, pe când, în nevroză, realitatea este remaniată într-un registru simbolic.

VEDERILE LUI LACAN. Lacan, pe li[nia] neabătută a demersului freudian, va re[lua] vederile lui Freud din 1914 despre nar[ci]sism și va pune problema *forcluziei* (ger[m.] *Verwerfung*) pentru a construi a sa teo[rie] a eșecului metaforei paterne, pusă la ba[za] oricărui proces psihotic. Narcisismul [nu] este doar libidoul investit în corpul prop[riu], ci o relație imaginară centrală pe plan[ul] relațiilor interumane: ne iubim în celă[lalt] și tocmai în acesta are loc orice ide[nti]ficare erotică și aici are loc orice tensiu[ne] agresivă (Lacan, *Les Psychoses*, 19[81]).

Constituirea subiectului uman este inerentă relației cu propria imagine; este ceea ce Lacan a conceptualizat prin stadiul oglinzii, etapă în care copilul se identifică cu propria-i imagine. Această imagine este Eul său, oricât de puțin l-ar recunoaște ca atare un terț. Astfel, pe de o parte ea îi permite să-și diferențieze propria sa imagine de aceea a altuia, iar, pe de altă parte, îi permite să evite lupta erotică sau agresivă pe care o provoacă înțelegerea secretă nemijlocită a unuia față de celălalt, în care singura alegere posibilă este „ori el, ori eu". În această ambiguitate esențială în care se poate afla subiectul, funcția terțului este deci să regleze această instabilitate fundamentală a oricărui echilibru imaginar față de celălalt. Acel terț simbolic este ceea ce Lacan numește „Numele-Tatălui" și tocmai de aceea rezolvarea complexului lui Oedip are o funcție normativă.

Pentru a înțelege acest mecanism, este necesar să ne referim la jocul dorinței, inerent psihismului uman de la bun început prins într-o lume simbolică, din cauza limbajului, care îi preexistă. Jocul dorinței, prins în mrejele limbajului, va consta în acceptarea de către copil (germ. *Bejahung*) a faptului simbolicului, care îl va îndepărta pentru totdeauna de semnificanții primordiali ai mamei (refulare originară), ceea ce va permite, în momentul complexului lui Oedip, metafora paternă: substituirea semnificanților legați de dorința de a fi falusul matern cu semnificanții legii și ai ordinii simbolice (Celălalt). Perenizarea dorinței care se referă la orice obiect diferit de mama va fi asigurată. În cazul eșuării refulării originare, intervine forcluzia, respingere a simbolicului, care în acest caz va reapărea în real — spune Lacan — în momentul în care subiectul va fi confruntat cu dorința Celuilalt într-o relație simbolică. Celălalt [cu majusculă — notă L.G.], cât și celălalt, semenul, se va vedea respins în jocul specular.

Lacan arată că, în întregul delir al lui Schreber, reperăm disoluția celuilalt ca identitate într-o subiectivitate speculară în disoluție. În felul acesta, homosexualitatea lui Schreber nu are nimic de-a face cu o perversiune, ci se înscrie în procesul însuși al psihozei. Persecutorul nu este, de fapt, decât o simplă imagine a unui celălalt cu care singura relație posibilă este agresivitatea sau erotismul, fără medierea simbolicului. Ceea ce n-a fost simbolizat la Schreber este semnificantul tată, relația cu femeia în simbolul procreației, iar eșecul metaforei paterne ar putea fi foarte bine faptul că tatăl real al lui Schreber s-ar fi instaurat în întruchipare a legii dorinței și nu în reprezentant al aceleiași legi, blocând astfel orice substituție semnificantă.

În câmpul nevrozei nu există niciodată pierderea relației simbolice. Orice simptom este un cuvânt care se articulează; raportul cu realitatea nu este obturat de o forcluzie, ci de o *negare* (germ. *Verneinung*).

CONCEPȚIA MELANIEI KLEIN ȘI A LUI DONALD WOODS WINNICOTT. Cu totul alta este poziția Melaniei Klein. Ea acordă un rol esențial mamei ca furnizoare de obiecte bune și rele și, ca atare, generatoare a tuturor relelor ca și a tuturor binefacerilor; în diferitele etape care duc la rezolvarea conflictului oedipian, noțiunea de clivaj este fundamentală în sistemul de concepte făurit de ea pentru dezvoltarea libidinală; clivajul constă dintr-o oscilație perpetuă între agresivitate și angoasă, în care obiectele dorinței evoluează în același timp în exteriorul și în interiorul corpului; Lacan, admirator al experiențelor sale, o

numea „comerciantă de mațe genială", neaderând însă la modul ei de a teoretiza.

Pentru Klein, în jocul perpetuu al introiecției de obiecte bune și rele, în interiorul corpului susținut de agresivitatea și angoasa inerente libidoului, pe care ea îl desemnează drept poziție schizoparanoidă, psihoza este fuga spre obiectul bun interior, iar nevroza fuga spre obiectul bun exterior.

Delimitându-se întrucâtva de Klein, Winnicott, acordând același loc privilegiat mamei, denunță procesul psihotic ca pe o maladie a falimentului mediului; dezinvestirea prematură a mamei, care nu permite substituirea obiectelor bune, îl fixează pe copil în poziția schizoparanoidă, de unde importanța obiectului de tranziție în cucerirea independenței de către copilul mic. Klein și Winnicott au stat la originea mișcării antipsihiatriei* (R. Laing și D. Cooper) și au avut o largă audiență în țările anglo-saxone. Influența lui Lacan este preponderentă în țările francofone, cu o largă penetrație dincolo de Atlantic, mai ales în America Latină. → DELIR; DEPRESIE; PARAFRENIE; PARANOIA; PSIHOZĂ CRONICĂ HALUCINATORIE; SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris, 1960; Freud, S., trad.fr., *Cinq Psychanalyses*, P.U.F., Paris, 1954; Haley, J., *Strategies of Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York, 1972; Lacan, J., *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; Laing, R., Esterson, A., trad.fr., *L'équilibre mental, la folie et la famille*, Maspero, Paris, 1971; Lidz, Th., *The Family and Human Adaptation*, Hogarth Press, London, 1964; Manus, A., *Psychoses et névroses de l'adulte*, P.U.F., Paris, 1987; Mendlewicz, J., *Manuel de psychiatrie biologique*, Masson, Paris, 1987; Miermont, J., *Dictionnaire des thérapies*, Payot, Paris, 1987; Roelens, R., *Introduction à la psychopathotologie*, Larousse, Paris, 1969; Sechter, D., Poivel, C., *Chronobiologie et psychiatrie*, Masson, Paris, 1985; Watzlawicz, P., Helmick-Beavin, J., Jackson, D.D., trad. *Une logique de la communication*, Le S... Paris, 1972.

PSIHOZĂ CARCERALĂ (engl. *pri... psychosis*). **Psihoză subacută, delira... și confuzională, reacțională la încar... rarea mai mult sau mai puțin prelun... a unui deținut care suferă în m... deosebit de claustrarea sa și de izola...**

Este vorba cel mai adesea de acc... delirante sau de crize confuzionale (avâ... uneori aspectul sindromului Ganser) p... vocate de întemnițare, aceasta putând c... și stări depresive prelungite, în care dom... ideile de suicid și de persecuție.

Aceste tulburări mentale nu apar, în g... neral, decât la personalități fragile și p... dispuse, marcate de cele mai multe ori d... psihopatie, alcoolism și toxicomanii d... cele mai diverse.

Crearea de centre medico-psihologice ... interiorul închisorilor a permis prevenir... sau tratarea pe loc a unei mari părți din... aceste tulburări psihopatologice de origi... carcerală. Numai cele mai grave necesi... un tratament în mediu spitalicesc sp... cializat.

PSIHOZĂ DISTIMICĂ (engl. *affecti... schizophrenia* sau *schizo-affective disord...*). **Psihoză caracterizată de o simpto... tologie de tip schizofrenic, dar care e... luează prin accese periodice, pe fo... unui aspect maniaco-depresiv.**

J. Kasanin a fost acela care, în 1933, a individualizat stări schizofrenice cu evo... luție periodică, în cursul cărora simpt... matologia predominantă este de natur... distimică. El le-a numit „psihoze schiz... afective acute". Argumente extrase d... numeroase studii genetice permit actua... mente încadrarea acestor psihoze în sfe...

psihozei maniaco-depresive (J. Mendlewicz); ceea ce este confirmat de eficacitatea obișnuită, atât curativă, cât și preventivă, a tratamentului cu litiu.

PSIHOZĂ HALUCINATORIE CRONICĂ (engl. *chronic hallucinatory psychosis*). **Psihoză delirantă caracterizată printr-un debut în formă de automatism mental, printr-o bogată activitate halucinatorie, evoluție cronică și, adesea, absența de predispoziție paranoică.**

Descrisă de G. Ballet, în 1911–1912, pornind de la grupul de deliruri cronice de persecuție descris de Ch. Lasègue și V. Magnan, unde deja fusese individualizat delirul de interpretare (P. Sérieux și J. Capgras), această psihoză, numită odinioară „nebunie senzorială" sau „paranoia halucinatorie", își găsește specificitatea în importanța halucinațiilor. Aceste tulburări psihosenzoriale țin de diferite simțuri și depășesc de departe importanța interpretărilor și a instituțiilor delirante, ceea ce nu împiedică delirul să rămână destul de bine organizat și sistematizat.

Ch. Nodet a încercat (în 1932) să clasifice această psihoză în trei forme care să depindă de trei structuri — paranoică, parafrenică și paranoidă —, reducând-o pe prima la paranoia, pe a doua la parafrenii, iar pe a treia la schizofrenie. Dar psihiatrii anglo-americani o consideră ca făcând parte în întregime din schizofrenie. Cu toate acestea, de curând, o dată cu apariția DSM-III R, delirurile cronice paranoice și-au regăsit o anumită individualitate în clasificarea nord-americană a maladiilor mentale.

PSIHOZĂ KORSAKOV (engl. *Korsakof's syndrome*). **Psihoză caracterizată printr-o amnezie anterogradă, cu confabulație și false recunoașteri, dezorientarea temporospațială însoțind o polinevrită a membrelor inferioare.**

Această afecțiune poate surveni în cursul gravidității, al tuberculozei, al traumatismelor sau intoxicației cu CO_2. Ea se întâlnește mai ales la alcoolicii cu o gravă carență a vitaminei B. Leziunile anatomopatologice predomină la nivelul tuberculilor mamilari și al circuitului lui Papez*. Psihoza Korsakov poate exista izolat sau poate urma unei encefalopatii Gayet-Wernicke, cu care este foarte înrudită, constituind în acest caz o sechelă adesea cronică.

PSIHOZĂ LOCALĂ (engl. *local madness* sau *collective madness*; fr. *psychose de quartier*). **Discursuri și agitație delirante care pun stăpânire pe spiritul unei populații date, devenind realitatea sa psihică.**

Principiul psihopatologic formulat de J. Falret și C. Lasègue avea la bază ideea — pe cât de simplă pe atât de strălucită — că o persoană sau un grup de persoane psihotice și delirante își puteau antrena anturajul, printr-un proces de identificare, în delirurile lor, care ar fi captat astfel nu numai realitatea psihică, ci și locul „realității" însăși. Dacă acest proces are loc între două persoane foarte apropiate, vorbim de „nebunie în doi", iar terapia va consta în separarea persoanelor cu pricina. Războaiele, ca și perioadele de instabilitate economică și ideologică pot, se crede, facilita acest tip de mecanism la cei care sunt structural sau constitutiv expuși la o formă dată de decompensare. M. Legrand du Saulle (1871) a putut scrie că „revoluțiile și răscoalele nu lovesc decât inteligența unor indivizi predispuși și nu fac decât să precipite scadența unei nenorociri

previzibile". În psihozele de cartier, de palier sau de casă, adeziunea la discursuri delirante nu se explică numai prin factori dispoziționali, ci mai degrabă printr-o preponderență a unor mecanisme de identificare și deci printr-o extremă slăbiciune a facultăților critice. Astfel, într-un orășel se va afirma că evreii răpesc fetițe și le fac să dispară cu ajutorul unui submarin. Faptul că râul de acolo are o adâncime de mai puțin de un metru nu intervine cu nimic în corectarea convingerii delirante a grupului. → PSIHOZĂ REACȚIONALĂ.

Bibl.: Heuyer, G., *Psychoses collectives et suicides collectifs*, P.U.F., Paris, 1973; Lasègue, Ch., Falret, J., „La folie à deux", in Lasègue, Ch., *Écrits psychiatriques* (1877), Privat, Toulouse, 1971; Leconte, M., s.d., *Conflits sociaux et psychoses*, Doin & Cie, Paris, 1937–1938; Lagrand du Saulle, M., *Le délire de persécution*, (1871), reprint, Éditions du G.R.E.C., Clichy, 1989.

PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ

(engl. *manic-depresive psychosis*). **Maladie mentală caracterizată prin dereglări de dispoziție, care evoluează prin accese ce se detașează mai mult sau mai puțin net unele de altele și de starea normală.**

Termenul a fost introdus în Franța, în 1907, de către Deny și Camus. Reluând ansamblul cercetărilor lui E. Kraepelin, ei definesc în felul următor psihoza maniaco-depresivă: „Este o psihoză constituțională, esențialmente ereditară, caracterizată prin repetiția, alternanța, juxtapunerea sau coexistența unor stări de excitație și de depresie." Ei adaugă că „ea cuprinde numai trei grupe de stări diferite, legate, e adevărat, între ele prin numeroase forme intermediare: stări maniace, stări depresive și stări mixte". Legăturile care unesc me colia și mania au fost întrevăzute încă antichitate de Hipocrate, apoi de Are din Capadocia, în secolul I d. Chr. Nu la mijlocul secolului al XIX-lea, o dată Baillarger și Falret, alternanța manie melancolia a fost atașată la una și ac afecțiune. „Spectrul bolii maniaco-dep sive", așa cum îl descrie Kraepelin în 18 îi include și pe pacienții care nu au p zentat decât episoade depresive. Ace formă este numită *psihoză maniaco-dep siva unipolară. Psihoza maniaco-depres bipolară* cuprinde succesiunea de acc depresive și de accese de excitație. În ac te două forme de psihoză maniaco-dep siva, succesiunea și durata ciclurilor, ca durata și locul intervalului liber su variabile, dar nu modifică diagnostic Aceste două forme diferă la nivelul e ditații, al vârstei de manifestare a primel tulburări, al simptomatologiei acceselor, personalității dintre crize, al rezultatului tratament.

Psihoza maniaco-depresivă este consi rată o psihoză constituțională endogen cărei evolutivitate ar fi prea puțin infl ențată de factorii psihologici și enviro mentali.

În 1974, Dunner și Fieve au izol psihozele maniaco-depresive cu cicluri r pide, care au fost deja descrise de aut din secolul al XIX-lea și sunt caracteri de cel puțin patru episoade distimice pe

Mai recent, în 1983, Akiskal a dezvol un nou spectru bipolar: o manie verita defines te tulburarea bipolară de tip I. tulburările bipolare de tip II, un epis depresiv este urmat de perioade hipo maniace de intensitate mai mică. T burarea bipolară de tip III este caracteri de succesiunea de episoade depresi

care survin la subiecți ce au antecedente familiale ale psihozei maniaco-depresive polare.

ACCESUL MANIAC. Termenul *manie* este utilizat din antichitate spre a desemna o stare de excitație. Debutul este adesea brusc, bolnavul devenind exuberant, hiperactiv și insomniac. Accesul maniac este uneori precedat de un semn premonitor.

Descriere. Când criza este instalată, ne aflăm în prezența unui bolnav care umblă fără încetare încolo și încoace, într-o ținută neglijentă, când arțăgos, când jovial. În starea de excitație el nu se poate fixa la nici o sarcină, fie și de rutină; activitățile se succed rapid, uneori punctate de crize de furie și agresivitate. Pe planul ideilor, excitația se manifestă printr-o logoree fără sfârșit, marcată de jocuri de cuvinte, de elipse și onomatopee. Jocul este o expresie esențială a acestei agitații. Elementele sunt întotdeauna luate din lumea exterioară: bolnavul introduce în jocul său persoane din anturaj și evenimente la zi. Ideile se înlănțuiesc cu mare viteză, schimbându-se la vederea unui obiect sau la o consonanță deosebită. Atenția nu se poate fixa, bolnavul este distras la cea mai mică solicitare. Dispoziția constă din bucurie, optimism și încredere, fiind totuși extrem de labilă, euforia făcând loc uneori mâniei și chiar depresiei. Semnele fizice dau seama de gradul de agitație: tendință la deshidratare, tahicardie, febră.

În această agitație, comportamentele instinctuale sunt adesea perturbate: alcoolizare masivă, hipersexualitate cu exhibiționism, în special contemporane cu accesul maniac. Insomnia este regula, fără a duce la epuizare. Bolnavul percepe o accelerare a timpului, care pare a se derula cu o viteză supermultiplicată.

În acest context de expansivitate, inițiativele exuberante sunt numeroase: schimbarea activității profesionale, schimbare de domiciliu, plecare în călătorie, cumpărături considerabile.

Evoluția accesului maniac. De la introducerea chimioterapiei neuroleptice, agitația motorie și excitația psihică se reduc în două-trei săptămâni, cu restaurarea somnului și regularizarea apetitului.

Un acces depresiv de mai mare sau mai mică intensitate succedă adesea unui acces maniac.

ACCESUL MELANCOLIC. În general, accesul melancolic se constituie în câteva zile sau în câteva săptămâni. Interesul pentru muncă, pentru loisiruri, pentru viața de familie și socială, precum și somnul, se degradează, pacientul se plânge de oboseală, nereparată de odihnă; apar neliniștea, iritabilitatea, dificultatea de a trăi. Descurajarea, indecizia, aprehensiunea anxioasă a viitorului impregnează progresiv desfășurarea vieții cotidiene.

Când accesul este constituit, bolnavul e invadat de un sentiment dureros de tristețe permanentă, de un pesimism patologic dominat de sentimentul neputinței, de incapacitate și de dezgust față de viață. El este abătut, abulic sau prezintă uneori o intoleranță la zgomot, proteste.

Sentimentul de inutilitate și de desconsiderare de sine provoacă o angoasă puternică. Timpul îi dă strania impresie de a fi imuabil. Anestezia afectivă, indiferența pentru ceea ce poate surveni ca fapt fericit sau nefericit alternează cu momente de hipersensibilitate sfâșietoare. Anhedonia sau incapacitatea de a trăi plăcerea caracterizează instinctele deprimatului. Pe plan intelectual, orice efort de concentrare a atenției nu durează și determină o absență

totală de inițiativă. Pe plan motor, accesul melancolic este marcat de lentoare. Toate actele vieții cotidiene sunt penibile pentru melancolic și sunt asigurate cu efort: scularea din pat, toaleta, pregătirea pentru masă. Cu toate acestea, atunci când angoasa și aprehensiunea îl covârșesc pe deprimat, agitația este aceea care domină tabloul. Sentimentele de indignitate și de autoacuzație pot fi în acest caz responsabile de impulsii autoagresive cu totul de temut.

Dereglările somatice sunt constante în melancolie, tulburările somnului sunt frecvente, cu treziri matinale precoce, pe când anorexia conduce câteodată la o slăbire accentuată. O oboseală din ce în ce mai intensă impregnează fiecare moment al zilei.

Riscul sinuciderii este întotdeauna mare. În disperarea sa și convins că îi face pe ceilalți să sufere, deprimatul poate gândi că numai moartea poate fi o soluție.

Accesul melancolic, a cărui evoluție spontană este evaluată la șase luni, regresează în prezent, datorită antidepresorilor, în șase săptămâni, dar se înregistrează accese foarte scurte, pe când altele sunt mult mai lungi. Un acces melancolic prilejuiește o reducere a activității sociale de cel puțin patru luni, în medie.

DIFERITE FORME DE ACCES MELANCOLIC. Accesul melancolic descris mai sus poate căpăta uneori particularități simptomatice.

În melancolia delirantă, sentimentul de incapacitate poate conduce la elaborări delirante mai bogate. La unii, în legătură cu dispoziția depresivă, ideile de culpabilitate, de lipsă de demnitate, de incurabilitate, de ruină antrenează după ele așteptarea unei pedepse.

Uneori bolnavul este convins că are o maladie gravă, mergând chiar până la elaborarea unor idei de negare de organ. La unele populații, în anumite culturi, pe prim-plan sunt uneori ideile de persecuție.

Depresiile mascate ocupă un loc aparte. Ele sunt marcate de o oboseală intensă, de tulburări de somn care rezistă hipnoticelor, de dureri cu sedii și intensități variabile, de migrene. Lombalgiile sunt cele mai frecvente; uneori mai frecvente sunt tulburările digestive sau cele sexuale. Toate aceste simptome au o evoluție periodică, alternând cu tulburări manifeste de dispoziție, care facilitează diagnosticul.

Evoluția depresiei este lungă, marcată de riscul de sinucidere.

STĂRILE MIXTE. În cursul acestor stări se amestecă elemente depresive cu elemente de excitație. La acești pacienți dispoziția e schimbătoare, labilă, oscilantă, de la bucurie la tristețe profundă. De regulă, predomină agitația motorie și excitația intelectuală. Aceste stări sunt momente intermediare atunci când dispoziția se inversează după un acces melancolic sau după un acces maniac.

TULBURAREA AFECTIVĂ SEZONIERĂ. A fost descrisă recent o tulburare afectivă sezonieră care afectează mai frecvent femeile tinere.

În emisfera nordică, accesul depresiv survine între octombrie și decembrie, vindecându-se la începutul primăverii. Simptomatologia este caracterizată prin hipersomnie și frecventă hiperfagie, cu predilecție pentru zaharate. În timpul verii se observă o stare apropiată de aceea de hipomanie. Importanța zilelor însorite a fost recunoscută de pacienți, dintre care

unii preferă să trăiască în sud pe timpul iernii. O terapeutică solară ar fi eficientă.

PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ LA COPIL. În prezent este recunoscută succesiunea de accese depresive și de accese maniace la copil și adolescent. Simptomele de acces depresiv pot fi clasice, dar, cel mai adesea, ele pot fi mascate de tulburări de comportament cu iritabilitate și agresivitate și de atitudini de închidere în sine. Manifestările delirante nu sunt rare, pe tema incurabilității, culpabilității, megalomaniei. Halucinațiile auditive și vizuale sunt manifeste în această formă infantilă.

Episodul maniac la copil și adolescent este marcat de o mare distractibilitate, de fugă de idei și simptome delirante, uneori cu halucinații auditive. Important este să putem recunoaște caracterul ciclic al tulburărilor de dispoziție, deoarece acești subiecți pot beneficia de un tratament preventiv eficient al recidivelor cu litiu.

EPIDEMIOLOGIE. Prevalența tulburărilor de dispoziție bipolare este identică la bărbați și la femei. Vârsta de debut a tulburărilor este mai precoce pentru tulburările bipolare (de la 25 la 30 de ani) decât pentru tulburările unipolare (de la 30 la 35 de ani). La ora actuală, raportul unipolar/bipolar este de aproape 2/1; incidența anuală a psihozei maniaco-depresive bipolare este cuprinsă între 9 și 15 la 100 000 de bărbați și între 7 și 32 la 100 000 de femei. O creștere a proporției morbidității a fost pusă în evidență, în ceea ce privește ansamblul depresiilor, la generațiile născute după 1940. Tentativele de sinucidere, accidentele arată o supramortalitate în cazul tulburărilor depresive în raport cu populația generală (10–20% dintre cei deprimați mor prin suicid). O supracreștere a mortalității ar putea fi legată și de patologiile cardiovasculare.

FACTORI DE RISC ÎN PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ. Un anumit număr de condiții par să-l facă pe individ vulnerabil și să-l predispună la această maladie.

Caracterul familial al psihozei maniaco-depresive este cunoscut de multă vreme, dar este mai mult vorba de o vulnerabilitate genetică și de existența unor posibile interacțiuni între gene și mediu. Riscul de îmbolnăvire este crescut în interiorul unei familii; acesta ar fi de 20% în familiile de bipolari, față de 1% în populația generală. El ar fi mai mic, 1%, în familiile de pacienți unipolari. Concordanța tulburării maniaco-depresive între gemeni monozigoți este mai mare decât la dizigoți.

Primele rezultate ale cercetărilor cu marcatori genetici arată multiplicitatea genelor în cauză în maladia maniaco-depresivă.

În afara factorilor de risc fiziologici (vârstă, sex) și genetici, sunt de semnalat unele condiții biologice. Unele boli somatice coincid cu recidiva unor tulburări timice, ba chiar le declanșează. Boala Parkinson, scleroza în plăci, unele tumori cerebrale sau unele leziuni vasculare ale sistemului nervos central pot fi revelate de tulburări de dispoziție. Episoade maniace sau depresive însoțesc unele vătămări ale glandei tiroide, ale paratiroidelor sau ale glandei suprarenale. Hipertensiunea arterială, alcoolismul au legătură cu repetarea unor episoade depresive.

Unele medicamente pot revela psihoze maniaco-depresive autentice. Printre aceste medicamente se numără antihipertensivele cu acțiune centrală, corticoizii, amfetaminele. Rolul oestroprogestativelor rămâne foarte controversat.

De asemenea, în apariția unei psihoze maniaco-depresive a fost evocat rolul anumitor anomalii biochimice. Într-adevăr, unele medicamente care au o acțiune biochimică asupra monoaminelor cerebrale s-au arătat foarte eficiente în tratamentul și prevenirea acestei maladii. Deoarece un efect biochimic însoțește acțiunea terapeutică a acestor medicamente, s-a tras concluzia că ele pot corecta o eventuală anomalie biologică. Aceste anomalii au fost căutate la nivelul biochimiei sistemului nervos central, în special la nivelul substanțelor mediatoare care asigură transmisia între diferiții neuroni. Substanțele care au fost cel mai adesea implicate și explorate în psihoza maniaco-depresivă sunt serotonina, noradrenalina și dopamina.

Aceste ipoteze, neverificate la ora actuală, presupun un exces de noradrenalină și/sau de dopamină în sistemul nervos central în cursul maniei și un deficit în depresie. Un deficit de serotonină este uneori găsit în manie și melancolie și ea ar fi deosebit de redusă la pacienții suicidari sau impulsivi și agresivi. Alte ipoteze se bazează pe cronobiologie. Evoluția ciclică a psihozei maniaco-depresive este un argument în favoarea unei alterări temporare a ciclurilor biologice. Ritmurile biologice ar fi desincronizate în această maladie. Lucrul acesta a fost constatat la nivelul temperaturii, la nivelul secrețiilor hormonale, la nivelul somnului. În general, perturbații s-au constatat la unii bolnavi, dar ele sunt inconstante și nu permit stabilirea diagnosticului.

În afara vulnerabilității genetice și biologice evocate în psihoza maniaco-depresivă, trebuie menționați factori de risc psihologici, care pot să declanșeze un episod maniac sau melancolic. Este vorba de evenimente ale vieții cum ar fi moartea unei persoane iubite, pierderea unui loc de muncă, a unei locuințe, un prejudiciu, o umilință, dar și o mare reușită, o promovare. Aceste evenimente nu constituie însă o condiție suficientă de declanșare a unei psihoze maniaco-depresive.

CARACTERISTICI TERAPEUTICE. Neurolepticele și sărurile de litiu rămân tratamentul de predilecție al crizei maniacale. Depresiile melancolice răspund favorabil la antidepresori în trei săptămâni. Depresiile de origine psihologică răspund mai bine la psihoterapii. La ora actuală, terapiile comportamentale sau colective cu această indicație arată o anumită superioritate în raport cu celelalte psihoterapii. Tulburările de dispoziție sezoniere au caracteristica de a răspunde la tratamentul solar. O eficacitate tranzitorie are privațiunea de somn în cazul depresiei.

A doua fază terapeutică a psihozei maniaco-depresive se bazează pe tratamentul preventiv al recidivelor. Acest tratament este justificat după apariția a două-trei episoade acute. Este un tratament care se întinde pe durata mai multor ani, bazându-se îndeosebi pe utilizarea unor săruri de litiu, tratament care a dus la transformarea vieții acestor bolnavi. La ora actuală sunt folosite în acest scop și alte medicamente, anticonvulsivante, singure sau în asociere cu litiul.

Bibl.: Freud, S., „Deuil et Mélancolie", in *Métapsychologie*, 1917, trad.fr., Gallimard, Paris, 1968; Klein, M., „Contribution à la genèse des états maniaco-dépressifs", 1947, in *Essais de psychanalyse*, trad.fr., Payot, Paris, 1968; Collectif, „La psychose maniaco-dépressive", numéro spécial (no 14) de *Confrontations psychiatriques*, Specia, Paris.

PSIHOZĂ POSTTRAUMATICĂ (engl. *traumatic psychosis*). **Psihoză care survine în urma unui traumatism cranian.**

Cei mai mulți autori nu admit nici măcar noțiunea de psihoză provocată de un șoc fizic. Ei cred că nu avem de-a face cu stări psihotice, ci mai degrabă cu sindroame confuzionale cronice; cu toate acestea, dacă tabloul clinic este acela al unei psihoze autentice, ei cred că ea exista deja înaintea accidentului, sub o formă manifestă sau latentă. Totuși, unii autori admit că în condiții foarte stricte o asemenea afecțiune s-ar putea realiza. Dincolo de considerațiile etiopatologice, interesul practic este acela care pune problema posibilei despăgubiri a unor astfel de psihotici (accident de muncă, accident feroviar etc.).

PSIHOZĂ PUERPERALĂ (engl. *post-partum psychosis*). **Bufeu delirant polimorf care survine la o femeie imediat după ce a născut, elementele delirante fiind centrate pe naștere și relația cu copilul, însoțite de o stare confuzo-onirică și tulburări timice.**

Cel mai adesea curabilă în câteva săptămâni, această psihoză subacută face parte din psihopatologia situației de post-partum*.

PSIHOZĂ REACȚIONALĂ (engl. *situation psychosis, reaction psychosis* sau *reactive psychosis*). **Maladie mentală de structură psihotică provocată de o situație, un eveniment sau un accident și care pune subiectul (victima) în incapacitatea de a se adapta într-un mod pur și simplu emoțional sau nevrotic.**

O putem considera o veritabilă insuficiență de ordin psihic care conduce la o stare psihotică acută sau subacută, consecință directă a unei trăiri insurmontabile provocate de mediul extern. Este o psihoză psihogenă sau exogenă, care, în nosologia lui E. Kraepelin, se opune marilor psihoze endogene, a căror evoluție este mai degrabă cronică, fie ea continuă sau periodică.

Încă de la începuturile psihiatriei s-a recunoscut originea emoțională a unor afecțiuni psihotice. Ph. Pinel a descris cazuri de manie și de idiotism provocate de emoții intense. E. Esquirol arată și el că, în declanșarea alienării mentale, cauzele morale sunt tot atât de frecvente ca și cauzele fizice. Și V. Magnan insistă asupra factorilor emoționali (cauză ocazională) susceptibili să producă o psihoză la subiecți atinși de degenerescență.

E. Kretschmer a fost acela care a precizat cel mai bine distincția făcută de E. Kraepelin între psihozele endogene și psihozele psihogene reactive. În privința celor dintâi, el recomandă buna diferențiere a „reacțiilor primitive" de „reacțiile personalității". Primele ar fi ontogenetic și filogenetic arhaice și s-ar observa cel mai adesea la subiecții a căror personalitate a rămas imatură sau slabă, ori a fost slăbită de un traumatism prea puternic (fie fizic, ca o vătămare cerebrală, fie moral, ca trăirea unei mari catastrofe). Cât privește psihozele psihogene reactive (reacții ale personalității), trebuie să le considerăm reacții care reprezintă cu adevărat expresia cea mai pură și mai marcantă a întregii individualități. Ele sunt veritabile „experiențe-cheie": „Caracterul și experiențele-cheie merg împreună, ca cheia și broasca." Ceea ce îl determină pe Kretschmer să facă din unele deliruri paranoice adevărate reacții ale personalității, fie ele pasionale, ca gelozia morbidă sau erotomania, fie relaționale, ca delirul de relație al senzitivilor. Dar, cu o asemenea extensie a cauzalității reacționale, se ajunge să se facă din orice psihoză o psihoză reacțională, „în sensul că nu există tulburări mentale care să nu se afle în strânsă relație cu istoria

subiectului" (H. Ey). Iată de ce trebuie să restrângem noțiunea la tulburări care nu s-ar fi produs dacă traumatismul psihic nu ar fi avut loc și care sunt în relație „comprehensibilă" cu factorul declanșator (K. Jaspers). Nu ar exista deci „psihoză reacțională" decât când aceasta apare în continuitate temporală cu un eveniment exogen, psihogen, care vatămă un psihism relativ sănătos. Fără îndoială, individul care face o psihoză reacțională trebuie să aibă un prag de reacție mai scăzut decât acela care nu o face (față de același eveniment traumatizant). Dar termenul trebuie rezervat psihozelor în care predispoziția rămâne minimală, pe când cauza ocazională este maximală. Ceea ce elimină „psihozele ocazionale" descrise de Jaspers, fără raport comprehensibil cu evenimentul și care ar apărea după orice șoc emoțional de o oarecare intensitate.

Pe plan etiologic, vom descrie mai ales psihozele de război sau pe acelea provocate de mari catastrofe, de exemplu cutremurul de pământ din decembrie 1988 din Armenia sovietică, iar uneori consecutive izolării, întemnițării (psihoze carcerale), separării brutale. Pe plan clinic, manifestările lor sunt uneori de tip depresiv (depresii reacționale) și, mai rar, maniac. Îmbracă adesea aspectul unei psihoze anxioase subacute și confuzionale de tip bufeu delirant. Ele pot fi, de asemenea, pentru Kretschmer, reacții delirante sistematice de tipul delirului de relație sau al psihozei pasionale. Dar acestea nu evoluează în mod necesar spre un delir cronic, putând să nu apară decât ca o reacție paranoică subacută („paranoia abortivă" descrisă de R. Gaupp). Locul nosologic al psihozelor reacționale rămâne totuși extrem de controversat în prezent. Așa se și explică faptul că nu există categorie diagnostică „reacție" sau „tulburări reacționale" în DSM-III. Noțiunea de reacție este aici prezentă doar în legătură cu tulburarea de adaptare, care este definită ca „o reacție neadaptată la un factor de stres* psihologic identificabil". Numai în clasa „tulburări psihice neclasificate în altă parte" găsim o „psihoză reacțională scurtă" (298–80), al cărei tablou clinic îl evocă acela al clasicului acces delirant, cu o evoluție care nu depășește 15 zile.

Bibl.: Chatagnon, P.A., *De la légitimité et des limites des psychoses réactionnelles*, Masson, Paris, 1949; Heuyer, G., Fouquet, P., *Psychoses carcérales*, Semaine des Hôpitaux de Paris, octobre 1941; Kretschmer, E., *Manuel de psychologie médicale*, Payot, Paris, 1926; Starobinski, J., „Réaction. Le mot et les usages", *Confrontation psychiatriques*, 12, oct. 1974, pp. 19–42.

R

RAMOLISMENT CEREBRAL (engl. *softening of the brain*). **Leziune cerebrală consecutivă suprimării aportului circulator al arterei care irigă în mod normal regiunea supusă ramolirii.**

Ramolismentul va ocupa deci un teritoriu cerebral determinat de topografia vasculară. Iată de ce putem descrie ramolismente sylviene (prin obliterarea arterei Sylvius sau a uneia din ramurile sale), ramolismente ale teritoriului arterei cerebrale anterioare, ale teritoriului coroidienei anterioare sau, uneori, ramolismente mai întinse și mai difuze cauzate de tromboza carotidei interne. Originea este întotdeauna o ocluzie arterială ca urmare a unei maladii vasculare (aterom) sau a unei embolii, dar supleanțele circulatorii care pot avea loc vor limita adesea distrugerile de parenchim cerebral. Simptomele neurologice vor fi în raport cu funcțiile specifice teritoriului cerebral infarctat. După o primă perioadă edematoasă, în care vor fi deosebit de intense, simptomele pot regresa parțial în cazul în care, după vreo zece zile, ramolismentul tinde să se lichefieze și să se transforme în cavitate intracerebrală. Alături de aceste ramolismente importante, însă localizate, cu o vătămare neurologică și instrumentală evidentă, se pot produce o serie de mici ramolismente cerebrale, aproape microscopice și diseminate în întreg parenchimul cerebral. Acestea nu se manifestă prin sindroame neurologice evidente, ci printr-o stare de insuficiență psihică mai mult sau mai puțin demențială. Este o *demență vasculară* (engl. *multi-infarct-dementia* [MID]), care se distinge de celelalte demențe (abiotrofice) printr-o evoluție mai puțin regulată, prin apariția precoce a tulburărilor de limbaj (P. Pichot) și uneori prin câteva semne neurologice (în focar), care corespund la unul sau mai multe ramolismente mai întinse. → DEMENȚĂ.

RAPTUS (engl. *attack*). **Comportament paroxistic, cu caracter de descărcare irezistibilă și brutală, în cursul căreia subiectul, împins de o stare emoțională intensă, riscă să treacă la act într-un mod uneori dramatic, de evitare (fugă) sau de agresivitate (contra semenului sau a lui însuși).**

Asemenea raptusuri se pot produce cu ocazia unui acces de intensă anxietate sau

de confuzie mentală acută, într-o stare crepusculară sau în cazul unei intoxicații (amfetamină, L.S.D., beție alcoolică), conducând uneori la omor sau la sinucidere.

RAȚIONALISM MORBID (engl. *morbid rationalism*). **Formă de logică schizofrenică care pune în joc valori înțelese exclusiv de subiectul delirant.**

Identificată de E. Minkowski, această noțiune se apropie de atitudinile antitetice și de geometrismul morbid. Raționalismul morbid implică un raționament de sistem împietrit, apoi o abolire a ființei, în favoarea unui sistem zis „logic", care ar servi de mecanism de apărare contra imploziei shizofrenicului. Schizofrenicul (sau personalitatea schizoidă, după unii autori) caută să viețuiască exclusiv după un sistem filosofic sau matematic. În consecință, numărul sau cuantificarea pot să domine gândirea și, uneori, scrierile raționaliștilor morbizi. Dacă tema sau evenimentele sunt în dezacord cu sistemul, acestea sunt evenimente sau impresii subiective, eronate; sistemul sau ansamblul de pseudovalori nu poate fi pus la îndoială, deoarece corespunde ancorării ființei în lume. Pentru Minkowski și adepții săi orice schizofrenie veritabilă implică un grad de raționalism morbid. Trunchiul comun dintre fenomenologia franceză și structuralism ar fi deci imposibilitatea de a introduce o dialectică oarecare în cazurile de schizofrenie. Cazuri frapante de raționalism morbid se găsesc uneori la schizofrenicii utopiști, în propozițiile lor legile guvernând munca, activitățile de loisir etc. Ceea ce Minkowski numește incizie între subiect și ambianță sau lume implică faptul ca sistemul de valori al subiectului să nu provină decât de la el însuși. Raționalismul morbid este deci o patologie individuală care devine ideologie potențială într-un grup; ca atare, aceasta ilustrează concepțiile devitalizate pe care le găsim într-o anumită experiență schizofrenică și totalitară. → FALSĂ CONȘTIINȚĂ.

Bibl.: Dellassus, J.M., *L'oeuvre et l'utopie de G.*, thèse dactilographiée, Nancy, 1965; Minkowski, E., *La schizophrénie*, Payot, Paris, 1927.

REABILITARE (engl. *rehabilitation*). **Acțiune ce constă în restabilirea unui fost bolnav în drepturile și capacitățile sale, în ceea ce privește activitatea profesională, inserția sa socială și familială.**

Acest termen juridic a devenit în psihiatrie, sub influența limbii engleze, sinonimul *readaptării*.

Bibl.: Liberman, R.P., *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*, Masson, Paris, 1991.

REACȚIE (engl. *reaction*). **Răspuns psihopatologic original și specific pe care un individ îl poate opune unui eveniment vital, unui traumatism psihologic care riscă să-i pună în pericol echilibrul mental.**

Legată de teoria medicală vitalistă din secolul al XVIII-lea (E. Stahl), care desemna prin „reacție" orice răspuns al unui organism viu la tot ceea ce îi punea „în pericol supraviețuirea", răspuns dirijat de „principiul vital", această noțiune este prea vagă ca să fie utilizată în mod valabil în psihiatrie decât ca adjectiv, în scopul de a desemna o nevroză sau o psihoză reacțională (→ PSIHOZĂ REACȚIONALĂ). Ea a fost totuși larg dezvoltată de A. Meyer, care, la începutul secolului XX, a încercat să substituie nosografiei psihiatrice a lui E. Kraepelin o clasificare în *tipuri de reacție*. Pentru el, maladia mentală trebuie considerată ca un răspuns, ca un comportament reacțional patologic la stimulări, la exigențe ale mediului la care subiectul nu poate da un răspuns adaptat. El clasifică aceste tipuri de reacție morbide făcând referire la noțiunea de dinamism global, de *ergon* („energie", în limba greacă), care îi va servi drept bază subdivizării comportamentelor psihopatologice, numite de el *tulburări de ergasie*. Drept urmare, Meyer distinge:

1) *Reacții majore* sau *psihoze*, reprezentate prin:

– *anergasie*, definită ca reacție organică în care comportamentul este modificat prin deficiențe atât structurale, cât și funcționale, ca în paralizia generală, tulburările senilității, epilepsie și toate stările demențiale;

– *disergasie*, definită ca o tulburare determinată funcțional, în care structura nu este direct compromisă, tulburare nonneurologică în care creierul suferă efectele unor agenți infecțioși sau ale unei deficiențe nutritive (deliruri în sensul de delirium, delir acut și crize halucinatorii);

– *timoergasie*, care corespunde unei dispoziții deprimate sau exaltate, exprimată prin anxietate sau excitație, stări maniacodepresive și distimii;

– *paraergasie*, definită prin distorsiunea esențialmente delirantă sau paranoică, cuprinzând, totodată, fostele deliruri cronice și diversele forme de schizofrenie

2) *Reacții minore*, unde regăsim, pe de o parte, insuficiențele dezvoltării intelectuale, deficiențele constituționale, mergând de la simpla debilitate mentală și până la formele grave de arieratie (*oligoergasiile*); pe de altă parte, întinsul domeniu al tulburărilor funcționale parțiale sau *merergasiile*, corespunzând în linii mari sindroamelor nevrotice.

Așa cum va remarca J.H. Masserman, găsim aici o entorsă la doctrina holistică apărată de Meyer, deoarece el admite în acest caz o vătămare parțială a comportamentului. Ceea ce arată, în treacăt, fragilitatea unei astfel de clasificări care a avut, totuși, un mare succes în Statele Unite, timp de aproape patru decenii. O vom regăsi, de fapt, la baza DSM-I, publicat în 1952. Ceea ce îi sedusese în mod indiscutabil pe partizanii săi ținea în parte de refuzul de a recunoaște entități nosologice în spatele sindroamelor psihiatrice, care nu mai erau considerate decât răspunsuri comportamentale, reacții la stimulările mediului și mai ales la unele „evenimente vitale". Dar este evident că noțiunea de reacție nu o putea înlocui pe aceea de maladie mentală. Așa că, din anii '60, DSM-II se reîntorcea la clasificarea lui Kraepelin.

READAPTARE (engl. *rehabilitation*). **Ansamblu de acțiuni, de tehnici medicale, sociale și educative susceptibile de a permite unui bolnav, după remisiune sau stabilizarea tulburărilor, o nouă integrare, cea mai fericită posibilă, în mediul său familial și socioprofesional.**

Misiunea readaptării este deci, după W. Anthony, „aceea de a ameliora funcționarea persoanei, în așa fel încât aceasta să poată avea succes și satisfacție în mediul său de opțiune, cu minimum de intervenție profesională posibilă". Trebuie, deci, să-i sporim capacitățile de funcționare, în sensul de a-i înlesni cea mai mare autonomie posibilă, în mediul de viață care pare să-i convină cel mai mult, reeducându-i aptitudinile pentru viața socială și exprimarea corectă a trebuințelor, sentimentele și stările emoționale, facilitându-i învățarea și reînvățarea unei activități profesionale, când lucrul acesta este posibil și mai ales încurajând-o să participe activ și spontan la fiecare din etapele acestei readaptări. Participarea activă a subiectului rămâne,

într-adevăr, piatra unghiulară a oricărui demers de readaptare. Căci „readaptarea nu este ca un pansament pe care îl aplici pe o plagă, fără ca pacientul să-și dea seama. Ea trebuie făcută cu participarea pacientului considerat partener activ și nu exclusiv unul care consimte. Multe tehnici de readaptare au drept scop să-l facă să participe, să-l ajute să-și fixeze scopuri, să-și evalueze capacitățile și resursele și să-și învingă slăbiciunile. Acest principiu este, de altfel, din ce în ce mai aplicat în tratamentul maladiilor fizice. Într-adevăr, medicul modern, mai degrabă decât să ceară o supunere pasivă din partea bolnavilor săi, a înțeles că este mult mai bine să conteze pe participarea lor activă. Pacientul care nu acceptă un tratament nu-l va urma. Persoana care suferă de incapacitate mentală și care este silită să trăiască, să învețe sau să muncească într-un mediu care nu-i este pe plac va găsi mijlocul de a evada din acesta" (W. Anthony, J. Dansereau, M. Farkas, *Psychiatrie française* nr.6, 1989).

Maladia, incapacitatea mentală a subiectului nu este decât un element dintr-un ansamblu mult mai complex, la care participă relațiile familiale și profesionale, diferiții factori socioeconomici (în special piața muncii), elemente care nu depind exclusiv de medicii psihiatri. Alți profesioniști au a se ocupa de această readaptare și colectivitatea însăși joacă un rol considerabil prin atitudinile sale de comprehensiune și de ajutorare sau, dimpotrivă, de protecție sau de respingere. În mod clasic distingem, totuși, un dispozitiv de readaptare socio-medico-psihologică — cu locuri de găzduire și de îngrijire (spital de noapte, cămin de postcură, apartament terapeutic, centru medicopsihologic, plasament familial), locuri de loisir (cluburi, locuri de întâlnire etc.) — și un dispozitiv socioprofesional axat pe învățare sau munca protejată (ateli[er] de readaptare, centre de formare sau a[jus]torare prin muncă), unde personalul nu e[ste] medical. Reinserția socioprofesională a bolnavului ar fi astfel facilitată.

Ne putem totuși întreba, împreună cu G. Bleandonu, dacă pentru mulți bolnavi mintali această reinserție este realmente altceva decât un simplu „transfer dintr-un pavilion spitalicesc [...] într-un plasament familial sau într-o pensiune de familie". De fapt, multe dintre aceste instituții nu fac decât să reproducă „viața azilară cu un preț mai mic pe zi". Adesea, tot după Bleandonu, ele sunt interesate mai ales de supunerea bolnavului și de conformismul său față de normele instituționale. Iar „readaptarea nu are loc în realitate decât la un mic număr de bolnavi selectați cu grijă: cei care par capabili, după o scurtă perioadă de readaptare, să obțină o slujbă pe piața muncii". Iată de ce trebuie să insistăm asupra participării active a pacientului și să facem totul pentru a-i facilita libera spontaneitate. Sarcină dificilă în acele locuri care apar prea adesea ca spații protectoare rezervate unei „subsocietăți protejate" (R. Lamb). Or, tocmai acolo unde inițiativa creatoare va fi mai mare, atât pentru fostul bolnav, cât și pentru diferiții actori, readaptarea va avea cele mai mari șanse de reușită.

Bibl.: Anthony, W.A., *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, University Park Press, New York, 1979; Bleandonu, G., *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Payot, Paris, 1976; Lamb, R., *Rehabilitation in Community Mental Health*, Jossey-Boss, 1971; Watts, F.N., Bennett, D.H., *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, J. Wiley and Sons, 1983.

RECEPTOR (engl. *receptor*). **Structură de recunoaștere de natură proteică dispusă la nivelul membranei postsinaptice și capabilă să recunoască în mod specific neurotransmițătorul.**

În urma acestei interacțiuni se produce o schimbare de conformație a receptorului. Interacțiunea induce modificări de echilibru ionic în membrana postsinaptică sau presinaptică, ceea ce contribuie fie la o transmisie a influxului, fie la o reglare biochimică a funcționării neuronale. Pozițiile receptorilor sunt saturabile, legătura fiind specifică și reversibilă.

Interacțiunea neuromediator–receptor poate determina, în mod global, trei serii de modificări, după conformația receptorului: 1) aceasta posedă, în afara poziției de legătură, o structură ionoforă care asigură transportul unui ion prin intermediul unui canal ionic, inducând deci o modificare a echilibrului ionic postsinaptic; 2) receptorul funcționează cu un transductor de natură proteică, transductor care la rându-i acționează asupra canalelor ionice; 3) receptorul face să intervină un al doilea mesager proteic care va determina modificarea canalelor ionice. Ionul respectiv poate fi de sodiu, de calciu sau de clor. Fiecare neuromediator posedă numeroși receptori pre- și postsinaptici. La nivel postsinaptic, receptorul permite transmisia influxului, în timp ce, la nivel presinaptic, legătura neurotransmițător–receptor poate acționa reducând biosinteza neurotransmițătorului (cazul catecolaminelor). Acești autoreceptori postsinaptici sunt localizați pe terminațiile nervoase și au, de asemenea, un rol în eliberarea neurotransmițătorului. Numeroase substanțe farmacologice pot juca rolul de agonist al neurotransmițătorului, reproducându-i acțiunea, sau rol de antagonist, împiedicând efectul farmacologic al neurotransmițătorului, prin fixarea pe receptor. Neurolepticele, de exemplu, acționează blocând un receptor presinaptic dopaminergic, ceea ce are ca efect ridicarea inhibiției în mod normal exercitate de dopamină asupra propriei sale sinteze și accelerarea acesteia. Mai mult, identificarea precisă a diferitelor tipuri de receptori în fiecare sistem și a substanțelor farmacologice care interacționează cu aceștia în mod specific a permis stabilirea de cartografii precise, prin procedeul autoradiografic, ale diferitelor căi ale neurotransmițătorilor centrali ai creierului.

Bibl.: Tauc, L., „Transmission Action on Syneptic Neural Receptor Membran", in *Principles of Receptor Physiology*, Berlin, 1971.

RECEPTOR ALFA (engl. *alpha-adrenoceptor*). **Moleculă proteică mare inclusă în membrana celulară și cuprinzând o poziție de legătură unde vine să se fixeze stereospecific o moleculă de adrenalină sau de noradrenalină.**

Receptorii alfa sunt receptori adrenergici (sau noradrenergici). Au fost puse în evidență două clase de receptori adrenergici: receptori alfa și receptori beta.

RECEPTOR SENZORIAL (engl. *sensory receptor*). **Celulă specializată, capabilă să producă un mesaj nervos ca răspuns la acțiunea unui stimul la care este deosebit de sensibilă.**

Sunt posibile mai multe clasificări ale receptorilor. Luarea în seamă doar a naturii stimulului eficient (adecvat) va conduce la distingerea, de exemplu, a unor fotoreceptori, chemoreceptori, termoreceptori sau mecanoreceptori, care sunt excitați, respectiv, de un stimul luminos, chimic, termic și mecanic. C.S. Sherrington (1906)

regrupează diferiții receptori în trei categorii, în funcție de situarea și de rolul lor. *Exteroceptorii*, situați la suprafața corpului, sunt sensibili la acțiunile mediului exterior. *Proprioceptorii* se găsesc în mușchi, tendoane și articulații și sunt sensibili la deplasările proprii organismului. *Interoceptorii (visceroceptorii)* sunt localizați în viscere și răspund la diverși stimuli interni.

Funcția receptorilor senzoriali este de a furniza informații sistemului nervos central, pornind de la stimulările pe care le captează. În acest scop, este necesar ca stimulul să fie convertit în influx nervos: este procesul de transducție. Intensitatea stimulului este codată de frecvența de emisie a impulsurilor nervoase și de numărul de receptori activi. Calitatea senzației depinde de receptor și de „sistemul" pus în joc; o stimulare mecanică sau electrică a nervului optic va produce întotdeauna o senzație care are o componentă „luminoasă".

O altă caracteristică codată a stimulului este perioada sa de descreștere temporală. Când este aplicat un stimul de lungă durată, unii receptori, numiți „receptori fazici" sau „cu adaptare rapidă", nu răspund decât la instalarea (iar uneori la încetarea) stimulului. Alți receptori, numiți „receptori tonici", descarcă pe toată durata stimulului. Cele două tipuri de receptori pot, de altfel, să coexiste în interiorul aceleiași modalități senzoriale. Receptorii senzoriali sunt deci transductori-codori care trimit mesaje sistemului nervos central într-un limbaj care îi este inteligibil.

REFORMULARE (fr. *reformulation*). **Demers al terapeutului față de un pacient, prin care acesta este ajutat să-și formuleze afectele, reluând el însuși expresia lor într-o nouă formulare, așa încât să-i permită continuarea tratamentului și, pe de altă parte, să le permită pacient[ului] și terapeutului menținerea fluxu[lui] schimbului.**

REINSERȚIE (engl. *reinsertion*). A[ct] **une care vizează reintroducerea u[nui] subiect în fostul său mediu fami[lial] social și profesional.**

Este în mod special cazul foștilor b[olnavi] navi mintali, ale căror tulburări psihice [au] necesitat o excludere mai mult sau [mai] puțin lungă din mediul lor de viață ob[iș]nuit. Reinserția lor socioprofesională v[a fi] rezultatul reușitei readaptării* lor, c[ând] aceasta este posibilă.

RELAXARE (engl. *relaxation*). **Met[od]ă de tratament care, cu ajutorul u[nor] tehnici bine definite ce produc o stare [de] destindere musculară mai mult sau [mai] puțin voluntară, caută să reducă t[en]siunea, anxietatea, dezechilibrul emo[țio]nal al unui subiect, acționând în m[od] specific asupra activității miotonice [și] sistemului neurovegetativ.**

Metoda cea mai utilizată în Fr[anța] rămâne *trainingul autogen*, inventat de [către] psihiatru berlinez, J.H. Schultz, pentru c[are] principiul acestei terapii este acela „d[e] induce, prin exerciții fiziologice și ratio[nale] determinate, o deconectare generală a [or]ganismului, care, prin analogie cu vec[hile] cercetări asupra hipnozei, permite to[tal] realizările proprii stărilor sugestive au[to]tice" (→ TRAINING AUTOGEN). Avem a[șa]dar, două elemente comune pe[ntru] numeroase relaxări: instaurarea unei s[tări] de destindere fiziologică antagonistă [u]nei stări de conștiință modificată, înrud[ită] cu hipnoza. Terapeuții care practică t[re]ningul autogen (în forma sa originală [sau] în una din numeroasele variante) pot privilegia una sau alta dintre aceste două caracteristici, în funcție de obiectivul relaxării sau de indicație. Marea suplețe a utilizării, asociată cu o reală eficacitate, au contribuit la succesul încă actual al metodei (N. Sinelnicoff).

O altă tehnică de relaxare, cu un punct de plecare mai fiziologic, este aceea promovată de E. Jacobson, la Chicago, care vizează să obțină o destindere provocată de conștientizarea repausului muscular însuși, în așa fel încât pacientul să poată ajunge la o veritabilă dominare a activității sale motorii și la „odihnirea cortexului său". De unde preconizarea utilizării, ca în biofeedback*, a unei autoencefalografii pe care subiectul o poate controla în timpul ședinței. Destul de apropiată de această metodă, *eutonia* propusă de G. Alexander urmărește regăsirea armoniei corporale, prin executarea cu minimum de consum energetic a unor mișcări naturale și armonioase ale corpului. O altă tehnică este aceea a lui J. de Ajuriaguerra, numită *reeducație psihotonică*, metodă care vizează să reia, pornind de la o poziție extrem de regresivă și într-o relație transferențială bine controlată, o dezvoltare psihomotorie degajată de perturbațiile sale nevrotice infantile. Reluarea acestei dezvoltări se va asocia cu o mai bună dominare a manifestărilor tonico-emoționale ale subiectului în relația cu semenul. Această metodă, ca și precedentele, de altfel, poate face apel la comprehensiune și la o interpretare luminată de psihanaliză. M. Sapir a demonstrat convingător interesul pentru abordarea psihanalitică în materie de relaxare și o preconizează în toate acțiunile terapeutice care depind de ea.

Bibl.: Auriol, B., *Introduction aux méthodes de relaxation*, Privat, Toulouse, 1979; Sapir, M., *La relaxation, son approche psychanalitique*, Dunod, Paris, 1979; Sinelnikoff, N., *Les psychothérapies*, Éd.M.A., Paris, 1987.

RESPONSABILITATE (engl. *liability*). **Obligație de a da seama de actele sale, în fața anumitor instanțe, potrivit unor proceduri bine determinate.**

Responsabilitatea poate fi, de asemenea, necesitatea sau obligația morală, intelectuală de a îndeplini o datorie, un angajament, sau de a repara o greșeală. Responsabilitatea, luată în considerare în afara conceptelor procedurale, înglobează și noțiunile de competență, de putere, de direcție sau de luare în sarcină. Pe plan strict juridic, există mai multe tipuri de responsabilitate, după cadrul în care aceasta se înscrie.

Responsabilitatea civilă asigură protecția individului, permițând persoanei lezate de comportamentul autorului actului să obțină repararea prejudiciului suferit. Codul determină două tipuri de responsabilități civile: responsabilitatea contractuală și responsabilitatea extracontractuală (sau delictuală). Responsabilitatea civilă este contractuală atunci când rezultă din inexecuția uneia din obligațiile asumate printr-un contract încheiat între două părți care, pe baza articolului 1147 din Codul civil, statuează un drept la repararea daunei care rezultă din acea inexecuție. Responsabilitatea civilă este delictuală când se bazează pe articolul 1382 din Codul civil, care dispune: „Orice faptă care cauzează semenului o daună îl obligă pe făptaș la plata daunei." Iar articolul 1383 stipulează: „Fiecare este responsabil de dauna pe care a cauzat-o nu numai cu fapta, ci și prin neglijența sau imprudența sa."

Din 1936, Curtea de casație consideră că „între medic și clientul său se încheie un adevărat contract care presupune angajamentul [...] de a-l trata [...] conștiincios și

atent [...] conform cu datele certe ale științei". Medicul nu are totuși decât obligații generale de „prudență și sârguință".

În toate cazurile, însă, trebuie ca reclamantul să facă dovada că a suferit o daună (certă, actuală și directă), că a fost comisă o greșeală și că o legătură de la cauză la efect există între greșeală și daună.

Înainte de 1968, un subiect în „stare de alienare mentală" se putea vedea exonerat de responsabilitate. Începând cu legea din 3 ianuarie 1968, care reformează dreptul majorilor incapabili, lucrurile s-au schimbat. Într-adevăr, legea dispune ca „acela care a cauzat o daună semenului, sub influența unei tulburări mentale, nu este mai puțin obligat la plata daunei". Medicii din spitalele publice sunt civilmente iresponsabili, iar dacă este vorba de o greșeală gravă sau de un neajuns în organizarea și funcționarea serviciului, spitalul este acela care își va asuma responsabilitatea. Numai tribunalul administrativ este competent în ceea ce privește acordarea de eventuale despăgubiri. Cu toate acestea, dacă medicul a comis o greșeală personală în afara serviciului sau cu prilejul unei consultații private, el este civilmente responsabil în fața tribunalelor de drept comun. Bolnavii spitalizați prin plasament voluntar sau din oficiu sunt uneori externați provizoriu. Dacă ei cauzează daune în cursul acestor concedii, tribunalele administrative consideră că spitalul este obligat să repare prejudiciul: este aplicarea teoriei responsabilității fără vină.

Responsabilitatea penală are temeiuri diferite de cele precedente. Ea este angajată prin faptul violării unui text de lege formală, fie că din această violare a rezultat sau nu un prejudiciu. Există, totuși, câteva cazuri de exonerare de această responsabilitate penală. Acesta este cazul „atunci când acuzatul era în stare de demență în momentul acțiunii sau a fost constrâns de o forță căreia nu i-a putut rezista" (art. [illegible] din Codul penal). Judecătorul de instrucție este cel mai adesea acela care pronunță starea de „demență", după expertiza psihiatrică a acuzatului.

Medicii își angajează *responsabilitatea profesională* în cazul în care au încălcat una din dispozițiile Codului de deontologie medicală; medicii de spitale sunt, în afară de aceasta, pasibili de sancțiuni în fața unei comisii de disciplină și în fața unei comisii chemate să judece competența profesională.

RESTAURARE FUNCȚIONALĂ (fr. *restauration fonctionnelle*). **Reapariția parțială sau totală a unei funcții (limbaj, văz etc.) vătămate în urma unei leziuni cerebrale.**

Multiple mecanisme pot fi invocate pentru a explica revenirea unei funcții după lezarea substratului ei nervos: 1) restabilirea, care postulează o reprezentare [illegible] dundantă a funcției în cadrul unei regiuni specializate a cortexului cerebral: funcția preluată de părțile intacte ale acestei regiuni este restabilită, identică cu aceea care se exercita înaintea leziunii; 2) reorganizarea, care presupune un sistem în care performanță poate depinde de mai multe centri corticali: un centru cruțat de leziune poate prelua funcția, chiar dacă performanțele sunt în acest caz realizate datorită unor strategii diferite. Oricare ar fi mecanismul pus în joc, restaurarea funcțională face dovada unei plasticități caracteristice sistemului nervos central. Numeroși factori pot afecta mecanismele de restaurare: ei pot ține de individ (sex, vârstă, experiență anterioară etc.), de natura leziunii și de durata evoluției, precum și de condiții pur lezionale (reeducarea, de exemplu).

RETROANTEROGRADĂ. Se spune despre o amnezie privind evenimnente recente și evenimente vechi.

RITUAL OBSESIONAL (engl. *obsessional ritual*). **Comportament pe care nosologia psihiatrică modernă îl include în simptomatologia tulburărilor obsesional-compulsive.**

Aceste comportamente se manifestă prin verificări*, exces de igienă (spălarea exagerată a mâinilor, de exemplu) sau curățarea de obiecte sau veșminte, pe care subiectul se simte obligat să le efectueze într-o ordine predeterminată și adesea iterativ.

El are conștiința inutilității acestor acte, chiar dacă mărturisește că, printr-un fel de superstiție, le acordă o valoare magică. Aceste ritualuri obsesionale îl fac să piardă mult timp, mergând până acolo încât, punând la socoteală și unele verificări, să fie împiedicat să-și îndeplinească sarcinile profesionale. Uneori avem de-a face cu simple „mici manii" pe care anturajul le privește cu indulgență, dar activitatea compulsivă a subiectului îl poate duce la efectuarea de ritualuri complexe și interminabile, în care el implică familia. Singurul rol, neexplicit, al acestor ritualuri este reducerea anxietății.

ROGERS (Carl). **Psihopedagog american (Oak Park, Illinois, 1902 — La Jolla, California, 1987).**

Provenit dintr-o familie protestantă foarte religioasă, el oscilează multă vreme între două orientări în aparență contradictorii: fenomenologia și existențialismul, pe de o parte, experimentalismul și scientismul, pe de altă parte. În 1939, fondează un centru independent de psihopedagogie la Rochester (statul New York). Scrie în acea perioadă *The Clinical Treatment of the Problem Child*, iar apoi devine profesor la universitatea din Ohio (1940).

Abordarea de către Rogers a problemelor (pe care mai târziu o va califica, foarte exact, ca fiind „nondirectivă", vorbind de predilecție despre abordarea centrată pe client), marcată în același timp de influența lui S. Freud și a lui J. Deway, este profund originală. Concepția sa despre terapie, experimentată cu schizofrenicii și aplicată în implicarea directă terapeut–bolnav, fără distanțiere medicală și/sau psihanalitică, va fi modelul unor reluări nondirectiviste ulterioare, esențialmente franceze. Părăsește cariera universitară în 1963, pentru a se consacra cercetării, în California, dar metoda sa s-a generalizat la învățământ, în pofida propriilor lui reticențe. Principalele sale scrieri sunt *Psihoterapie și relații umane* (1942), *Client-Centered Therapy* (1951), *Dezvoltarea persoanei* (1961).

RORSCHACH → TESTUL SAU PSIHODIAGNOSTICUL RORSCHACH.

S

SADISM (engl. *sadism*). **Ansamblu de perversiuni sexuale a căror satisfacere depinde de durerea morală sau fizică exercitată asupra semenului.**

Termenul *sadism* apare în limba franceză încă din anii 1830, dar este introdus în psihopatologie, o dată cu acela de *masochism*, de către R. von Krafft-Ebing în 1886 și reluat de S. Freud și de tradiția psihanalitică. Freud, după ce, în 1920, a formulat ipoteza impulsiei morții, definește sadismul ca pe o parte a acestei impulsii care, aliată cu impulsia sexuală, este orientată spre exterior. Sadismul presupune o cale activă a agresivității față de semen, nu întotdeauna legată de punerea în scenă a unor fantasme sexuale. La copil, mai ales, o astfel de impulsie apare în stadiile sadic-oral și sadic-anal. Când se referă la actul sexual, sadismul este de luat în considerare laolaltă cu opusul său, masochismul (sadomasochism).

Bibl.: Davison, G.C., Neale, J.M., *Abnormal Psychology*, Wiley, New York, 1982; Stekel, W., *Sadism and Masochism. The Psychology of Hatred and Cruelty*, Grove Press, New York, 1963–1964.

SADOMASOCHISM (engl. *sadomasochism*). **Cuplu de termeni complementari care caracterizează un dublu aspect fundamental al vieții impulsionale, sadismul* și masochismul*.**

SALATĂ DE CUVINTE (engl. *word salad*). **Amestec de foneme și de cuvinte bizare (termeni vulgari, tehnici și neologisme) care nu au nici o semnificație pentru ascultători.**

Expresia a fost creată de A. Forel pentru a descrie o tulburare de limbaj înrudită cu aceea a schizofrenicilor și care se întâlnește frecvent în formele delirante paranoide ale schizofreniei.

SĂNĂTATE MENTALĂ (engl. *mental health*). **„Capacitate a psihismului de a funcționa în mod armonios, agreabil, eficient și de a face față cu suplețe situațiilor dificile, putându-și regăsi echilibrul" (J. Sutter).**

Face parte din conceptul mai general de sănătate: „deplină bucurare de prosperitatea socială, mentală și fizică și nu numai absența maladiilor sau deficiențelor", după definiția dată de Organizația Mondială a Sănătății.

După cum vedem, noțiunea de adaptare la mediu are o mare importanță în ceea ce privește „bunăstarea mentală", care ne preocupă aici. Aceasta subînțelege, într-adevăr, că individul sănătos mental este acela care trăiește în armonie cu anturajul său, deci este bine inserat în familie și societate. El trebuie, de asemenea, să se bucure de un echilibru mental satisfăcător, fiind deci capabil să-și rezolve conflictele atât în interiorul, cât și în exteriorul său și să reziste diverselor frustrări, inevitabile în viața cu ceilalți. Acela care nu reușește nu se va putea bucura de această bună sănătate mentală, deoarece riscă să-și exprime conflictele nerezolvate într-o nevroză sau chiar să se decompenseze cu totul și să piardă contactul normal cu realitatea, devenind psihotic.

Iată de ce societățile noastre occidentale s-au organizat în așa fel încât să dezvolte politici de igienă mentală* și de prevenire a maladiilor psihice. Aceste politici, care pot avea un cost economic important, necesită în prealabil o bună cunoaștere a *trebuințelor* în materie de sănătate mentală. Epidemiologia* este aceea care permite o asemenea cunoaștere. Primele anchete epidemiologice psihiatrice datează de la începutul secolului al XIX-lea: A. Brigham ar fi realizat prima anchetă de acest fel în Connecticut (Statele Unite), în 1812; apoi A. Halliday, în Marea Britanie, în 1828; P.R. Holst, în Norvegia, în 1852 și E. Jarvis, în Massachusetts (Statele Unite), în 1854. Aceste cercetări au fost urmate de multe altele, toate având în vedere ameliorarea asistenței psihiatrice, pentru a o extinde la toți cei care puteau avea nevoie de ea și adaptând-o la realitatea morbidă sau premorbidă pusă astfel în evidență. Cunoașterea acestor trebuințe permite atingerea obiectivelor bine definite de către H. Hafner în 1979:

– asigurarea utilizării adecvate a organismelor deja existente;

– programarea rațională a noilor structuri de prevenire sau de tratament;

– determinarea priorităților, ceea ce necesită nu numai o bună cunoaștere a trebuințelor, ci și o evoluție precisă a gradului de urgență a fiecăreia, în funcție atât de gravitatea tulburărilor și de riscurile de mortalitate, cât și de sarcina care revine familiilor și comunității (P.E. Munoz).

Dar politicile de sănătate mentală vor depinde și de definirea necesității de asistență psihiatrică, necesitate care este variabilă de la o națiune la alta, de la o cultură la alta, de la o epocă la alta. „Necesitatea percepută" de subiect sau de grupul social respectiv este condiționată, atât calitativ, cât și cantitativ, de factori extramedicali (sociali, culturali sau economici), care au un caracter dinamic, schimbător, prin simplul fapt al ofertei de servicii care multiplică cererea. De asemenea, s-a trecut de la o lungă perioadă de mare instituționalizare (creșterea numărului de paturi în spitalele psihiatrice, din anii 1840 și până în anii 1960, în proporții considerabile) la faza actuală a „dezinstituționalizării", paturile fiind înlocuite prin multiple structuri intermediare, modificându-se, totodată, necesitatea asistențială, ca și cerințele publicului, ale pacienților și familiilor acestora.

Așadar, nu există politică de sănătate mentală care să nu depindă de condiții economice, culturale și sociale, ca și de atitudini mentale colective față de nebunie și de bolnavii mintali. Ceea ce explică faptul că politicile sunt atât de diferite de la o țară la alta și că uneori rămân de-a dreptul iluzorii.

Bibl.: Janisse, M.P., *Individual Differences Stress and Health Psychology*, Springer Verlag, New

York, Heidelberg, London, Paris, 1988; Sivadon, P., Down, J., *La santé mentale*, Privat, Toulouse, 1979; Collectif: Association internationele de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées, *Nouvelles Approches de la santé mentale, de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*, L'Expansion scientifique française, 1986.

SCALA BINET–SIMON (engl. *Binet–Simon scale*). **Scală care exprimă dezvoltarea inteligenței, constituită dintr-o serie de mici probe concrete, scurte și variate, apropiate de situațiile din viața curentă și care fac apel la judecată, înțelegere, raționament.**

Această scală a fost publicată de A. Binet și T. Simon, în *L'Année psychologique*, în anii 1905, 1908 și 1911. Sunt precizate modalitățile de aplicare a fiecărei probe și de evaluare a răspunsurilor. Probele și tipurile de răspunsuri cerute sunt gradate și corespund, în principiu, unor vârste de la 3 la 13 ani. Scala furnizează o evaluare a „vârstei mentale" a unui subiect, adică a vârstei unor copii normali care dau în mod obișnuit răspunsurile date de subiect. Scala era concepută inițial în așa fel încât să evalueze întârzierile de dezvoltare ale unor copii susceptibili să beneficieze de un învățământ special.

Scala Binet–Simon a cunoscut o notorietate mondială și a făcut obiectul a numeroase adaptări, mai ales în Statele Unite, datorită cercetărilor unor psihologi ca L.M. Terman. Din ea derivă și scalele lui D. Wechsler. În Franța, R. Zazzo și grupul său au publicat în 1966 o revizuire intitulată „Nouvelle Échelle métrique de l'intelligence" (N.E.M.I.).

SCALĂ DE EVALUARE (engl. *rating scale*). **Instrument de măsurare care permite cuantificarea unor aspecte ale psihopatologiei.**

Vorbind despre psihometrie, F. Galton (1879) înțelegea prin aceasta faptul că trebuie să se aplice noțiunea de măsură operațiilor mentale și că se dorea să se dea psihologiei statutul unei științe. Măsurarea este posibilă în comparație cu datele etalonării. Cutare populație de anxioși perfect caracterizată a primit, de exemplu, cutare notă medie la o scală a anxietății, în momentul validării sale inițiale. Putem de acum să-l definim pe un anxios prin nota sa la această scală, comparându-l cu un alt subiect și urmărindu-i evoluția determinată de tratament.

Pe când în testele mentale stimulii sunt prezentați subiectului într-o situație strict standardizată, scalele de evaluare dau posibilitatea observatorului, într-o situație semistandardizată, să formuleze o judecată cu privire la prezența anumitor simptome. Observația clinică este astfel codificată. Cercetările clinice pot fi în mod legitim comparate.

Există mai multe tipuri de scale de evaluare, după conținutul lor, după utilizator (infirmier, medic, pacientul însuși în cazul scalelor de autoevaluare) și după sistemul de cotare. Cotarea poate fi dihotomică (simptom prezent sau absent) sau graduată. Graduarea permite aprecierea simptomelor după intensitatea lor sau după frecvență.

Există, de asemenea, scale în funcție de tipul de patologie explorat.

EVALUAREA

Evaluarea clinică globală. Observatorul formulează o judecată globală asupra intensității patologiei. Uneori se pune problema aprecierii schimbării constatate de la o examinare la alta: se va spune, de exemplu, că pacientul este „foarte ameliorat, ameliorat, neameliorat, agravat" (opțiune între 4 puncte de graduare). Acest tip de scală corespunde modului de gândire sintetic al psihiatrului sau psihologului. Cu toate acestea, ponderea acordată diferitelor aspecte clinice ale tabloului global poate varia de la un observator la altul, iar clinicienii vor cota diferit unul și același pacient. Încercându-se standardizarea evaluării globale, s-a propus (Scala CGJ = Clinical Global Judgment) să se aibă în vedere în mod succesiv:

– intensitatea tulburărilor;
– schimbarea stării bolnavului;
– eficacitatea terapiei, care corespunde la două dimensiuni diferite: acțiunea benefică a tratamentului și eventuale efecte indezirabile.

Se poate, de asemenea, să nu fie luate în considerare decât un număr redus de „simptome-cheie", socotite esențiale (M. Freyhan), care să ghideze judecata globală, dar alegerea acestor simptome duce adesea la discuții.

Inventare generale. Aceste instrumente de evaluare permit să se întocmească un inventar de simptome și de alte caracteristici ale bolnavului (antecedente, factori declanșatori etc.). Astfel, PSE (Present State Examination), de origine britanică, a fost utilizat în anchetele epidemiologice internaționale ale O.M.S.

AMDP, de origine germană, dar răspândit în țările francofone, cuprinde 4 părți: psihopatologie, examen fizic, antecedente și tratament. Fiecare item al inventarului psihopatologic este definit cu grijă de un glosar, în așa fel încât toți observatorii să coteze același lucru.

Inventare pentru psihoze funcționale. Acestea permit aprecierea severității marilor psihoze. Cea mai cunoscută și mai bine validată dintre aceste scale rămâne BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale a lui J. Overall și D.Gorham, 1962). În Franța, BPRS, ca și numeroase alte scale, au fost adaptate și validate de P. Pichot.

Scale specifice. Acestea se limitează la unele categorii diagnostice. Pentru a se evalua intensitatea unei depresii s-a recurs, în general, la scala de depresie a lui M. Hamilton (1960), care cuprinde 23 de itemuri cotate după o graduație de la 3 la 5 grade. Scala lui S. Montgomery și M. Asberg regrupează 10 dintre cele mai sensibile itemuri la schimbare în condițiile tratamentului cu antidepresori, într-un instrument de evaluare globală a psihopatologiei, CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale a lui Asberg și colaboratorii, 1978). MADRS este deosebit de utilă în obiectivarea efectului unui nou antidepresor.

Pentru a evalua intensitatea anxietății nevrotice, se utilizează adesea scala de anxietate Hamilton, cuprinzând 14 itemuri cotate de la 0 la 4 (→ CHESTIONAR DE ANXIETATE). Un studiu matematic al rezultatelor în populațiile de anxioși, analiza factorială, a arătat că aceste 14 itemuri ar corespunde unui factor general de anxietate și unui factor bipolar care acoperă semnele fizice și semnele psihice ale anxietății. Alte instrumente, ca scala L. Covi, sunt mai puțin utilizate în Franța. D. Sheenan a propus un instrument mixt care recurge la scală și la chestionar. Chestionarul este o autoevaluare, adesea slab corelată cu heteroevaluarea de către clinician, în special în domeniul anxietății.

CALITĂȚI METROLOGICE. O scală trebuie să fie:

– *validă*, să măsoare în mod efectiv ceea ce pretinde că măsoară; în general, validarea este realizată în primul rând în raport cu un criteriu extern, de exemplu prin compararea cu o scală clasică, deja verificată,

caz în care vorbim de validitate concurentă; un alt procedeu de validare constă în a studia structura noii scale prin procedeul matematic al analizei factoriale;

– *sensibilă*, să permită diferențierea unui număr suficient de grade ale simptomatologiei, de exemplu pentru a lua în seamă simptomele de slabă intensitate;

– *fidelă*, să dea aceleași rezultate atunci când starea pacientului nu s-a schimbat între două evaluări (fidelitate temporală) și când pacientul este cotat de doi judecători diferiți (fidelitate interjudecători). Concordanța între judecățile observatorilor se ameliorează pe parcursul antrenamentului în cotare. Acest antrenament, începând cu înregistrările la magnetoscop, face parte din pregătirea obișnuită a unei cercetări clinice.

Numărul de mijloace indirecte face să varieze rezultatele la scalele de evaluare. Unii observatori au tendința de a supraestima sau de a subestima simptomele. Ei pot să atribuie ansamblului itemurilor o notă medie (tendință centrală) sau o notă similară (efect de halou). Antrenamentul în cotare și recursul sistematic la observații multiple diminuează riscul de eroare. Cu toate acestea, la un nivel fundamental, dificultatea, chiar contradicția, provine din aprecierea obiectivă a subiectivității. D. Bobon preferă să vorbească de măsurare obiectivă a ceea ce pacientul exprimă și a ceea ce clinicianul observă. Din această perspectivă, scalele de evaluare au permis indiscutabil aprofundarea concepției noastre despre semiologie și despre psihopatologie.

Bibl.: Guelfi, J.D., „Sémiologie et échelles d'évaluation en psychiatrie de l'adulte", *L'Évolution psychiatrique*, 48, 1983, pp. 485–505.

SCALELE DE INTELIGENȚĂ WECHSLER (engl. *Wechsler Intelligence Scales*). D. Weschsler a elaborat mai multe scale de inteligență utilizate din plin. Prima în ordine cronologică (Wechsler-Bellevue Scale) a fost publicată în 1939, apoi revizuită în 1955, când a fost denumită Wechsler Adult Intelligence Scale (Scala de inteligență Wechsler pentru adulți). Ea cuprinde șase probe verbale și cinci probe de performanță (neverbale). Rezultatele sunt notate ținându-se seama de vârsta subiecților (de la 16 la 60 de ani și peste). Scala aceasta permite obținerea a trei Q.I. (deviație în raport cu media, fără referință la o „vârstă mentală"): Q.I. global, analizat în Q.I. verbal și Q.I. performanță. Wechsler a publicat ulterior scale de același tip adaptate la subiecți mai tineri: Scala de inteligență Wechsler pentru copii (engl. Wechsler Intelligence Scale for Children sau WISC), pentru subiecți de la 5 la 16 ani (1949); Scala de inteligență Wechsler pentru perioada preșcolară și școala primară (engl. Wechsler Preschool and Primary School Scale of Intelligence sau WPPSI), pentru subiecți în vârstă de la 4 la 6 ani (1972.

SCHEMĂ CORPORALĂ (engl. *body scheme*). **Reprezentare mai mult sau mai puțin conștientă a corpului — în acțiune sau imobil —, a poziției sale în spațiu, și a posturii diferitelor segmente corporale.**

Această reprezentare rezultă esențialmente din integrarea informațiilor senzoriale multiple, atât exteroceptive (vizuale, tactile și auditive), cât și proprioceptive (cenestezice și kinestezice), mai ales vestibulare, musculare, articulare, tendinoase. Noțiunea de schemă corporală a pus câteva probleme, date fiind originile sale modelul dualist somato-psihic de la începuturile psihologiei. Ea se situează în același timp de partea sensibilului (somatoestezie) și de partea conștiinței (de sine), fiind totodată concepută drept consecința unei integrări de experiențe senzoriale multiple și ca un dat imediat al vieții conștiente. Dar ambiguitatea sa nu trebuie să ne împiedice s-o utilizăm, deoarece, așa cum a scris G. Gusdorf în *Descoperirea de sine*, debarasându-ne de ea ar echivala cu „a ne lansa într-o serie de munci ale lui Hercule spre a realiza o economie destul de mică și derizorie".

Termenul ca atare a fost creat în 1923, de către neuropsihiatrul vienez R. Schilder. El a descoperit în primul rând ansamblul datelor cenestezice și senzoriale furnizate de corpul însuși. Dar treptat s-a extins la un veritabil complex de reprezentări și de semnificații simbolice care pun în joc întreaga personalitate, acest fenomen fiind un produs în același timp al înnăscutului și al dobânditului, al eredității și al mediului.

Cercetările recente de neurofiziologie și de neuropsihologie au permis să se distingă două noțiuni mai mult sau mai puțin confundate în literatura neurologică. Un prim nivel de tratament al informațiilor senzoriale permite elaborarea unei imagini a corpului, suport al experienței conștiente a corpului nostru perceput ca un corp identificat. Experiența corpului definit ar rezulta din tratamentul de informații senzoriale cu privire la poziția diferitelor părți ale corpului și cu privire la poziția corpului într-un spațiu de referință „egocentrat" (F. Paillard, 1980). Această concepție despre schema corporală se apropie foarte mult de aceea elaborată, în 1911, de Head și Holmes, pentru care schema corporală este de conceput ca un instrument de măsurare a schimbărilor de postură conștiente sau inconștiente.

ACHIZIȚIA DE CĂTRE COPIL A SCHEMEI CORPORALE. Schema corporală nu este înnăscută, ci se construiește în cursul dezvoltării. Într-adevăr, integrarea senzori-motorie este progresivă. La naștere, copilul nu este conștient de lumea care îl înconjoară, nici de corpul propriu și cu atât mai puțin de separarea dintre corp și lume. Reflexele arhaice sunt acelea care pun în joc senzațiile tactile și auditive (aflate la originea reacțiilor de apărare) sau orale (sugerea obiectelor). Reacțiile zise „scheme preformate de comportament" (apucare, evitare, scormonire), deși lipsite de orice semnificație pentru copil, îi permit un început de orientare în spațiu.

Este clasic să se admită că de la naștere la aproximativ 3 luni informațiile furnizate de diferitele modalități senzoriale încă nu sunt coordonate. Schema corporală ar fi deci limitată la unele subspații locale. Cu toate acestea, prezența de răspunsuri posturale antigravitare foarte adaptate, existența de interacțiuni precoce între sistemele senzoriale (de exemplu, între sensibilitățile vizuală și vestibulară, tactilă și vizuală) ne lasă să credem că formele primitive ale schemei corporale ar putea fi observate foarte de timpuriu în dezvoltare. Maturația, pe parcursul primelor trei luni de viață, a structurilor nervoase permite o diferențiere progresivă a informațiilor proprioceptive și exteroceptive și apariția primelor coordonări senzori-motorii care asigură un tratament spațial al informațiilor senzoriale. Sugarul devine încetul cu încetul capabil să-și distingă corpul de obiectele mediului înconjurător. El devine, de asemenea, capabil să utilizeze schema corporală ca pe un sistem de referință care permite localizarea și apucarea obiectelor în raport cu poziția propriului corp în spațiu.

Integrarea celor trei modalități de senzație, vizuală, tactilă și kinestezică, începe către vârsta de 6 luni. Obiectele percepute prin văz îi vor permite recunoașterea diferitelor părți ale corpului; acestea sunt duse la gură în așa fel încât, puțin câte puțin, copilul ajunge să distingă ceea ce depinde de propria sa mișcare și ceea ce aparține lumii exterioare. Astfel începe atât recunoașterea obiectului, cât și aceea a corpului propriu. Acestea sunt în curând urmate de o schiță de anticipare a percepției, iar începând de la vârsta de un an, așa cum a arătat H. Wallon, apare „motilitatea intențională" proiectată în direcția obiectului. Are loc elaborarea spațiului obiectiv, distinct de corpul propriu; prehensiunea încetând de a mai fi un reflex automat de *grasping*, se supune controlului voluntar; motricitatea este acum o activitate tot mai dirijată spre un scop și dotată cu semnificații. Verticalizarea confirmă această evoluție, mai întâi prin achiziția poziției așezat (6 luni), apoi prin șederea în picioare (9 luni) și, în sfârșit, mersul (12–16 luni).

O dată cu achiziția deplasărilor autonome, apoi a mersului, schema corporală, de-acum constituită, se modifică și se completează prin elaborarea unei reprezentări fără încetare reînnoită a corpului mobil în mediul înconjurător. În continuare, schema corporală se desăvârșește prin achiziția limbajului. Ea atinge definitiv nivelul gnozic simbolic o dată cu apariția dominanței laterale (în general, dreaptă), care se fixează către vârsta de 5 sau 6 ani, vârstă de la care se produce, în caz de amputație, fenomenul membrului-fantomă. Trebuie să se ajungă la vârsta de aproximativ 6 ani pentru ca un copil să fie capabil să facă distincție între mâna sa dreaptă și cea stângă.

Funcțiile imitative intervin și în constituirea schemei corporale, permițându-i copilului să pună în relație corpul său cu acela al semenului. Astfel, pentru Wallon, construcția schemei corporale și aceea a percepției celuilalt depind de același proces de dezvoltare. O concepție similară găsim în abordările psihanalitice (de exemplu, F. Dolto, 1980), care fac, de asemenea, distincție între schema corporală și imaginea corpului. Pentru psihanaliză, schema corporală, care este în parte inconștientă, dar și conștientă sau preconștientă, raportează corpul actual în spațiu la experiența imediată. Ea este, în principiu, prea puțin sensibilă la variațiile interindividuale: la o vârstă egală, va fi aceeași pentru diferiți indivizi din specia umană. Invers, imaginea corpului, care este întotdeauna inconștientă, este proprie fiecăruia: ea este legată de subiect și de istoria sa, reprezintă sinteza vie a experiențelor emoționale ale subiectului, fiind constituită din articularea dinamică a unei imagini de bază, a unei imagini funcționale și a unei imagini a zonelor erogene, loc privilegiat de exprimare a impulsiilor.

TULBURĂRILE SCHEMEI CORPORALE. Tulburările minore ale schemei corporale (slabă lateralitate, dificultăți de reperaj spațial) sunt destul de frecvente. Se pare că frecvența acestor defecte minore de structurare este mai ridicată la foștii născuți prematur.

Tulburări mai importante ale schemei corporale se produc în urma unor leziuni ale lobului parietal (cazul leziunilor extinse la răspântia parieto-temporo-occipitală a cortexului). Trebuie făcută deosebirea între alterările emisferei minore și acelea ale emisferei dominante. În primul caz tulburările se referă (la dreptaci) la jumătatea de corp stângă, exprimându-se fie printr-un sentiment de absență sau de non-apartenență a hemicorpului, fie printr-o hemiasomatognozie care poate merge până la inconștiența totală a acestuia. În caz de vătămare motorie concomitentă (hemiplegie), apare adesea o anosognozie, adică o nerecunoaștere a tulburării motorii care lovește acea jumătate de corp, tulburările rămânând localizate la aceasta. În nici un caz ele nu ating veritabila conștiință a corpului (*conscience du corps*) în întregul ei. Dar leziunile emisferei dominante determină o asomatognozie globală centrată pe sindromul Gerstmann și pe autotopoagnozie*.

Sindromul Gerstmann asociază o agnozie digitală cu incapacitatea de a distinge dreapta de stânga, o apraxie constructivă, o agrafie și acalculia. Cât privește autotopoagnozia, ea se caracterizează prin imposibilitatea pentru pacient de a recunoaște și a numi diversele părți ale corpului. Este deci vorba de o vătămare a activităților simbolice și semantice, fără îndoială în raport cu o extindere a leziunilor în regiuni vecine cu lobul temporal.

Vedem astfel că, prin studiul genezei și prin acela al patologiei sale, schema corporală poate fi definită la două niveluri: pe de o parte, acela al unei „structuri primare de integrare somatognozică polisenzorială nemijlocită", a cărei vătămare se manifestă pe hemicorpul minor; pe de altă parte, acela al unei „structuri secundare cu mijlocire verbală, dezvoltată la nivelul emisferei majore" (R. Angelergues), structură a cărei vătămare determină o tulburare generală a cunoașterii corpului, acest nivel confundându-se în mod indiscutabil cu acela al activităților simbolice inerente gândirii reprezentative sau operatorii (J. Piaget).

Bibl.: Schilder, P., *L'image du corps*, Gallimard, Paris, 1970; Warner, J., Werner, H., *The Body Percept*, Random House, New York, 1965.

SCHIZOFAZIE (engl. *schizophasia*). **Limbaj patologic făcut din neologisme și din cuvinte deformate, care nu respectă structura gramaticală sau sintactică, total incomprehensibil pentru anturaj.**

Termenul, creat de E.Kraepelin, desemnează deci o alterare deosebit de gravă a exprimării verbale, care însoțește disocierea mentală și discordanța afectivă în formele paranoide și autistice ale schizofreniei, într-un stadiu destul de avansat al acesteia.

SCHIZOFRENIE (engl. *schizofrenia*). **Psihoză gravă care survine la adultul tânăr, de obicei cronică, din punct de vedere clinic caracterizată prin semne de disociere mentală, de discordanță afectivă și de activitate delirantă incoerentă, care, în general, determină o rupere a contactului cu lumea exterioară și o repliere autistă.**

Pornind de la demența precoce definită de E. Kraepelin drept psihoză cronică endogenă care survine la sfârșitul adolescenței și evoluează într-un mod deficitar progresiv, E. Bleuler va răspândi, în 1911, conceptul de „schizofrenie" (de la grecescul *schizein*, „a despica" și *fren*, „spirit"), termen pe care l-a creat în 1908. Utilizând învățătura freudiană, pe care i-a transmis-o asistentul său C. Jung, magistrul psihiatriei züricheze publică, în marele *Tratat de psihiatrie (Handbuck der Psychiatrie)* al lui Aschaffenburg, celebra sa lucrare intitulată „Dementia praecox, oder die Gruppe der Schizophrenie" (1911): „Numesc demența precoce schizofrenie deoarece, după cum sper să demonstrez, *despicarea* (germ. *Spaltung*) diverselor funcții psihice este una din caracteristicile sale cele mai importante. Pentru comoditate, folosesc termenul

la singular, cu toate că grupul cuprinde realmente mai multe maladii."

Contestând noțiunea de evoluție demențială susținută de predecesori, Bleuler definește grupul schizofreniilor ca pe un grup de psihoze a căror evoluție este fie continuă, fie fazică și care se caracterizează prin despicarea funcțiilor psihice (complexe independente de care depinde unitatea personalității, aceasta fiind dominată când de unul când de altul dintre aceste *complexe* [germ. *Komplexen*] sau *tendințe* [germ. *Strebungen*]), prin tulburări ale asociațiilor de idei, responsabile de blocări, ca și prin tulburări afective care vădesc discordanță și ambivalență.

Mai târziu, Bleuler va preciza aspectul structural al schizofreniilor și va propune o dublă dimensiune: fundamentală, negativă sau deficitară, marcată de disocierea vieții psihice (ceea ce a făcut ca până atunci acești pacienți să fie considerați demenți) și accesorie, pozitivă, eliberată de dimensiunea precedentă (este vorba de delirul generator de iluzii și halucinații, care sfârșește printr-un „haos deliric", lipsit de orice logică și sistematizare). Bleuler va opera, în acest grup al schizofreniilor, o diviziune în patru categorii:

1) forma paranoidă, esențialmente marcată de producții delirice, vagi și incoerente;

2) catatonia, exprimată psihomotor;

3) hebefrenia, în care domină degradarea intelectului;

4) forma simplă, în care nu există decât semne fundamentale care evoluează insidios.

Tocmai această diviziune în forme clinice va fi, în general, reluată de succesori. Unii, în special psihiatrii anglo-americani, vor extinde acest concept nosologic la aproape toate stările psihotice delirante acute și cronice, cu excepția unui cadru limitat, rezervat paranoiei. În Franța, în schimb, noțiunea de alterare disociantă a personalității, moștenită de la Bleuler, îi permite lui H. Ey să definească schizofrenia ca pe o psihoză cronică a cărei caracteristică este o „transformare profundă și progresivă a persoanei, care încetează a-și construi lumea sa în condițiile comunicării cu semenul spre a se pierde într-o gândire autistă, adică într-un haos imaginar".

Trebuie însă recunoscut că în definirea clinică a schizofreniei persistă o mulțime de divergențe aparente. Acestea țin adesea de concepțiile etiopatogenice diferite pe care diferitele școli psihiatrice le-au susținut pentru a explica etiologia afecțiunii. Căci în ceea ce privește cauzalitatea și însăși natura maladiei s-au dezvoltat numeroase ipoteze, bazate pe date mai mult sau mai puțin sigure. Aceste ipoteze se regrupează în raport cu cele trei teorii cu privire la apariția tulburărilor mentale: organogenetică, psihogenetică și sociogenetică.

IPOTEZA ORGANOGENETICĂ. Aceasta îi atribuie schizofreniei o cauză organică, socotind-o o maladie somatică și în special cerebrală. Așa gândeau deja Kraepelin și Bleuler, iar succesorii lor se vor strădui să o demonstreze, acumulând numeroase date anatomo-patologice și biologice. Există numeroase cercetări efectuate de histologi ca M. Klippel, care susține noțiunea kraepeliniană a „demenței epiteliale" (1904), sau ca V.M. Buscaino, al cărui raport din 1957 face bilanțul acestor date histopatologice. Vom arăta aici doar datele actuale, obținute prin noile tehnici de explorare cerebrală. Imageria prin rezonanță magnetică (I.R.M.) a permis punerea în evidență, în unele cazuri de schizofrenie, a unor modificări structurale ale creierului, destul de caracteristice: creșterea în volum a ventriculului al III-lea și a celor două ventricule laterale, atrofierea hipocampului. Un studiu al lui W. Saddath (1989), apărut în *New England Journal of Medecine* din 22 martie 1990, a putut compara starea cerebrală a unor gemeni monozigoți (în vârstă de la 25 la 44 de ani), dintre care unul era schizofrenic. S-a putut confirma, la bolnavul din pereche, această creștere a volumului ventricular și un „hipocamp anterior mic", pe când nu există deosebiri semnificative în grupul gemenilor normali de control (șapte perechi servind drept martor, din 15 perechi în care un gemen era bolnav). S-a căutat, din aceeași perspectivă, o etiologie infecțioasă. Există, oare, un microb responsabil de schizofrenie? S-a căutat timp îndelungat un pretins „schizococ" atunci când, la începutul secolului XX, s-a constatat frecvența tuberculozei la ascendenți și la bolnavii înșiși. În realitate era vorba de o simplă coincidență, datorată, desigur, proastelor condiții de igienă în care trăiau acei bolnavi. A continuat căutarea unui virus patogen, iar neurologul rus V. Malis a crezut multă vreme că a descoperit virusul responsabil de maladie. Dar mai ales pe terenul tulburărilor biochimice și metabolice au considerat cercetătorii că este de găsit cauza organică a schizofreniei. Deja J. Moreau de Tours, în cartea sa din 1845 despre haș, susținea o teorie „toxinică" a alienării mentale. Iar H. Baruk și elevii săi au putut provoca o stare de „catatonie experimentală", în 1932, folosind toxine colibacilare. Cercetătorii s-au orientat însă mai ales spre investigarea unor tulburări metabolice. Raportul lui Buscaino la congresul de la Zürich (1957) aduce numeroase argumente în favoarea unui „dismetabolism schizofrenic", care s-ar afla la originea bolii. Ar exista în special o adevărată *toxicoză aminică*; sindroamele de tip schizofrenic ar fi declanșate la om de substanțe cu structură aminică. Mescalina, dietilamina acidului lisergic, psilocibina produc halucinații, pe când indoletilamina este catalepsizantă. Schizofrenia ar fi, în special la subiecții predispuși prin ereditate, consecința unei toxicoze aminice, mai ales prin substanțe cu structură indolică, ale căror surse sunt complexe: cea mai importantă pare triptofanul, a cărui decarboxilare produce indoletilamina; a doua este tirozina; a treia — adrenalina.

Există în prezent un anumit consens în ceea ce privește existența unei tulburări biochimice, în special la nivelul neuromediatorilor sinaptici. Problema este mai degrabă aceea de a se ști dacă factorul biologic este singurul determinant al maladiei sau dacă nu cumva rolul său este doar să provoace o vulnerabilitate anormală de care să profite alți factori declanșatori, de ordin biologic sau psihogenetic.

Problematica este identică în ceea ce privește eventuala „ereditate" a schizofreniei. Numeroase studii genetice ale maladiei se repartizează în două grupe de teorii: monogenetice și poligenetice. Primele pun în cauză o singură genă și o origine biochimică, pe când celelalte pun în cauză o origine funcțională, cu corelarea dintre factorii genetici și circumstanțele exterioare. A.R. Kaplan a reunit 34 de studii ale unor specialiști în genetică psihiatrică, rezumând datele problemei: relații genetice între schizofrenie și psihozele infantile, aspecte sociale și culturale, studii privind gemenii, cercetări imunologice etc. Aceste concluzii merg în sensul unei predispoziții sau „fragilități" la maladie. Într-un studiu mai recent (1983),

R.M. Murray a găsit, la gemeni, corelații morbide extrem de semnificative cu privire la psihoza schizofrenică. Astfel, printre gemenii schizofrenici el a găsit 54% personalități schizoide, pe când la gemenii diagnosticați ca suferind de sindroame schizo-afective nu a găsit decât 10% personalități schizoide. Într-un alt studiu, danezul C. Schulsinger dă rezultatele unei cercetări desfășurate din 1962 în 1980 asupra ereditații în schizofrenie. Pentru el există un raport foarte clar între schizofrenie și borderline. Preschizofrenicii prezintă un deficit de atenție și de afectivitate legat de tulburările cognitive și afective din mica copilărie. Tocmai la acest nivel evolutiv (care precedă intrarea în schizofrenie, care ar depinde de alți factori, declanșatori) găsim corelații ereditare. În cercetarea sa, care se referă la 207 schizofrenici, comparați cu 104 copii-martori, urmăriți timp de 18 ani, C. Schulsinger ajunge la următoarele concluzii: „Stările schizofrenice nu corespund unui proces morbid care iovește un individ în plină sănătate, ci, dimpotrivă, unei situații evolutive ale cărei prime simptome ar fi survenit în cursul a diverse situații stresante și la copii care au prezentat dificultăți afective în copilărie, cu mama, precum și dificultăți obstetricale."

În ansamblu, aceste studii conduc la înlăturarea originii pur ereditare a procesului morbid ca atare, reținând doar noțiunea de transmitere genetică a unei predispoziții, a unei „fragilități nervoase" (Ey) care facilitează izbucnirea maladiei.

PSIHOGENEZA SCHIZOFRENIEI. Cât privește psihogeneza, datele sunt, de asemenea, extrem de numeroase și se repartizează după trei mari curente: psihanaliza, fenomenologia și patologia familială și a tulburărilor comunicării.

Psihanaliza. În ceea ce privește psihanaliza, este știut că S. Freud, analizând scrierile autobiografice ale președintelui Schreber, suferind de o „demență paranoidă", a deschis calea unei cunoașteri psihanalitice a psihozei*. El a arătat că schizofrenia corespunde unei grave „regresii narcisice", ceea ce a confirmat atunci acela care încă mai era discipolul și prietenul său, Jung. Acesta insistă îndeosebi asupra noțiunii de psihoză latentă, care ar deveni o psihoză reală, schizofrenia, sub influența unor factori inconștienți. Deja la introversiune găsim refugiul în singurătate, atitudini rituale, conduite anorexice și de abținere de la mâncare, conflictul între inconștient și lumea exterioară care va explica retragerea narcisică, asociată cu pierderea comunicării interpersonale, slăbirea interesului și exagerarea imaginației. Avem de-a face cu o regresie, cu o dispariție a funcției realului și cu caracterul oniric al gândirii care se rătăcește în irațional și subiectiv. „Schizofrenia este astfel o pierdere a elanului vital, o pierdere a voinței", de unde acea refulare a realității, acea disociere a realului. Cât privește delirul, el ar fi „o tentativă de vindecare, o reconstrucție". Trebuie doar să notăm că apariția sa nu este secundară și că nu constituie esențialul maladiei.

Pornind de la aceste date (dezinvestirea realului și regresia la stadiul infantil), succesorii lui Freud discută dispozițiile înnăscute în care ereditatea poate juca un rol, „prepsihoza" în care se pune problema relației materne, natura Eului și raporturile sale cu activitățile instinctuale care îl asaltează și sfârșesc prin a-l invada, mecanismele de apărare ale Eului, între care delirul este prin excelență arma care neutralizează angoasa, permițându-i bolnavului să perceapă lumea altfel decât este, într-o proiecție delirantă și halucinatorie cvasipermanentă (P.C. Racamier). La această refulare a tuturor afectelor angoasante, J. Lacan adaugă un element esențial pentru declanșarea psihozei: forcluzia Numelui-Tatălui, respingerea totală în afara universului simbolic al subiectului a acelui semnificant fundamental a cărui „întoarcere" în conștiința subiectului s-ar face numai în „realul" lumii halucinatorii a schizofrenicului.

Curentul fenomenologic. Curentul fenomenologic a produs și el numeroase studii asupra schizofreniei. În Franța, mai ales E. Minkowski se va inspira din această filosofie în abordarea schizofrenicului. El preconizează „intuiția și efortul de penetrație" pentru a înțelege structura vieții mentale care condiționează factorii instinctivo-afectivi. Simptomele nu pot fi izolate în mod artificial: ele trebuie sesizate direct, în ansamblul lor, ținând seama de faptele psihopatologice, nu din unghiul morbidității, ci în raport cu contextul general al vieții. În spatele oricărui simptom ar exista deci expresia unei modificări profunde și caracteristice a întregii personalități umane. Pentru Minkowski, ar fi vorba la schizofrenic de o pierdere de contact vital cu realitatea și de o alterare a „structurii sale existențiale", în special pe planul temporal, timpul devenind pentru el completamente „încremenit". Ceea ce a reluat L. Binswanger în a sa *analiză existențială* (germ. *Daseinanalyse*), analiză inspirată din filosofia existențială a lui M. Heidegger. În cele cinci cazuri de schizofrenie pe care el le-a descris amănunțit în *Archives suisses de psychiatrie et neurologie* (1923–1947) și dintre care cele mai celebre sunt cazurile Suzanne Urban și Ellen West (aceasta din urmă, care s-a sinucis la ieșirea sa din clinica lui Binswanger, era considerată de Kraepelin melancolică), el reia acea analiză fenomenologică a psihozei, arătând că aceasta este generată de o existență devenită „neautentică". Din această perspectivă, autismul apare ca „proiect de a nu fi tu însuți" (pentru Ellen West îndeosebi), cu o „gravă alterare a temporalizării existențiale". Iar Binswanger va descrie acest autism după cele „trei forme ale prezenței raportate": *distorsiunea* sau *ciudățenia* (germ. *Verschrobenheit), aroganța* (germ. *Verstiegenheit)* și *manierismul* (germ. *Manieriertheit.* Dar el se închide într-o „egologie" în care „Eul" și „Eul-în-lume" sunt un fel de scenă, drama psihozei conducând la „pierderea Eului în existență". În pofida interesului pe planul unei anumite comprehensiuni (în sensul lui K. Jaspers) a trăirii bolnavului, o astfel de analiză existențială ne învață prea puțin (și, de altfel, nu acesta era scopul ei) cu privire la cauzele schizofreniei.

Patologia familială. În cadrul celui de-al treilea curent, în schimb, preocuparea de a repera o anumită cauzalitate este evidentă. Ne referim la toate acele studii care se ocupă de rolul familiei în declanșarea, dezvoltarea și întreținerea maladiei schizofrenice la unul sau mai mulți dintre membrii săi. Unii psihanaliști s-au și interesat de această problemă. Th. Lidz a analizat, din 1956, rolul „tatălui patogen" (el distinge cinci tipuri de astfel de tați) și al proastei organizări familiale în deviațiile și dizarmoniile personalității copiilor. El atrage atenția asupra unor anomalii ale comunicării intrafamiliale care pot provoca tulburări mentale destul de grave încât să conducă la psihoză. A. Green, în teza sa din 1958, repera la rându-i influențele patogene ale unor părinți care prezintă un caracter „psihotic" (fără simptom clinic) ce riscă să provoace o psihoză manifestă la copiii lor. Dar mai ales noțiunea de *dublă legătură*,

introdusă de antropologul G. Bateson, i-a făcut, din 1960, pe J. Weakland și D. Jackson să-și orienteze cercetarea asupra determinării comunicării în cadrul familiei și asupra consecințelor sale psihologice la diverșii indivizi din grupul familial. Reuniți în ceea ce s-a numit școala de la Palo Alto*, cei doi, la care s-au raliat J. Haley, V. Satir și P. Watzlawick, dezvoltă o teorie de inspirație sistemică, făcând din familie un „sistem" și din tulburările de comunicare factorul esențial al „patologiei" acestui sistem, susceptibil de a sta la originea schizofreniei unuia din elemente, adică a unuia dintre membrii sistemului familial. Aici găsim, indiscutabil, începutul terapiilor familiale sistemice, utilizate astăzi pe scară mare. Noțiunile de homeostazie familială, de pseudoostilitate și de pseudomutualitate, de simetrie și complementaritate, de paradox și de interacțiuni familiale completează panoplia conceptuală care servește tuturor terapeuților familiali (→ TERAPIE FAMILIALĂ). Acești terapeuți caută deci mai puțin să trateze schizofrenia unui pacient, cât patologia familiei sale, care ar sta la originea bolii lui mintale.

Dintr-o perspectivă întrucâtva diferită, partizanii antipsihiatriei engleze au dezvoltat o teorie familială a schizofreniei. R.D. Laing și A. Esterson, influențați de filosofia existențialistă a lui J.-P. Sartre, au pus în evidență, într-un studiu aprofundat extins la 11 familii de schizofrenici (*Echilibrul mental, nebunia și familia*, 1964), interacțiunile patogene responsabile de apariția și de menținerea maladiei. Pentru dânșii familia este „o țesătură relațională, un câmp de interacțiuni concrete în care înfruntările și influențele reciproce se amplifică în funcție de proximitatea ființelor aflate într-o confruntare permanentă". Este vorba de un fel de „nexus familial", termen pe care ei îl utilizează pentru a desemna acea structură nodală privilegiată, prin care un individ se poate îngloba în interacțiunile familiale. Iar schizofrenicul va fi, în familia patogenă, acela care își va asuma întrucâtva acea patologie, singura soluție care îi rămâne spre a putea supraviețui în acel mediu familial.

PROBLEMA SOCIOGENEZEI SCHIZOFRENIEI. Antipsihiatrii englezi lărgesc, de altfel, familia la întreg mediul social apropiat, făcându-ne să punem în mod inevitabil în cauză societatea. Ei ne conduc astfel la o adevărată sociogeneză a schizofreniei, celălalt mare curent de teorii etiologice cu privire la această maladie mentală. Din această perspectivă, societatea însăși ar fi aceea care produce schizofrenia. Este ceea ce a susținut îndeosebi Th. Szasz, care consideră că „orice societate, pentru a-și asigura supraviețuirea, are nevoie să-și fabrice țapi ispășitori. Evul mediu avea vrăjitoarele și ereticii săi, iar noi îi avem pe bolnavii mintali. În afară de aceasta, societatea trebuie să instituie aparatul, structura care să-i permită să scoată din bârlog țapii ispășitori și să le administreze soarta cuvenită. Evul mediu avea Inchiziția, noi avem psihiatria instituțională. Un atare demers trebuie, totuși, justificat! În acest caz se inventează mituri: mitul vrăjitoriei, mitul bolii mintale". Scopul urmărit este mereu același: izolarea, etichetarea, stigmatizarea, înjosirea și distrugerea Celuilalt, nonconformistul, cel care stinghерește (fie că îl numim vrăjitoare, eretic, jidan sau bolnav mintal). De fiecare dată societatea se justifică, pretinzând că intervine pentru mântuirea sufletului sau pentru binele victimei (*Fabricarea nebuniei*, 1970). Într-un asemenea context, schizofrenia îi

apare lui Szasz ca o simplă „etichetă comodă creată de psihiatri spre a justifica o continuare a practicilor lor și controlul cel mai riguros al bolnavilor mintali". Analizând istoria schizofreniei, pornind de la Kraepelin și Bleuler, el se străduiește chiar să ne demonstreze că avem de-a face mai puțin cu un sindrom psihiatric, cât cu un adevărat „scandal științific" (*Schizofrenia*, trad. fr. 1983). Este, desigur, inutil să zăbovim asupra unei asemenea reducții a conceptului nosologic de schizofrenie, devenit aici o simplă etichetă (cum a făcut-o, la rându-i, psihosociologul californian Th. J. Scheff), negând finalmente orice realitate patologiei mentale. Această atitudine antipsihiatrică, încă și mai radicală decât aceea a lui D. Cooper și Laing, nu ajută cu nimic la înțelegerea patogenezei schizofreniei.

Pe de altă parte, cercetarea factorilor socioculturali puși în evidență de anchetele epidemiologice au putut sesiza deosebiri semiologice importante, în funcție de populații și de culturi: ideile mistice sunt mai frecvente la creștini, în timp ce hindușii au mai mult manifestări psihomotorii (catatonie); halucinațiile vizuale sunt deosebit de importante la mexicani; suicidul este o complicație întâlnită foarte adesea la schizofrenicii japonezi etc. Pe planul evoluției, etnopsihiatrul canadian H. Murphy a arătat că schizofrenia este adesea spontan curabilă la indigenii din insula Mauritius (chiar și netratați), pe când ea are un pronostic mult mai sumbru la bolnavii englezi (totuși din plin tratați cu neuroleptice). H. Collomb și echipa sa din Dakar s-au interesat mult de factorii culturali, arătând în special că unele schizofrenii apar la senegalezi în contextul conflictelor, pe care ei le pot trăi dureros, între cultura africană și cultura francofonă, într-o aculturație greu de dominat. La fel, pe planul tratamentelor schizofreniei, ar trebui respectate aceste reprezentări socioculturale, pe când, așa după cum scrie Murphy, „tipul de tratament pe care o societate decide să-l administreze bolnavului mental este mai determinat de modul în care publicul percepe și califică maladia mentală decât de luarea în considerare a ceea ce ar fi necesar și posibil pe plan medical".

MULTIFACTORIALITATEA CAUZELOR. Trebuie deci să ținem seama de toți acești factori atât de diverși și să-i recunoaștem schizofreniei o cauzalitate multifactorială. De acord cu D. Widlöcher, putem conchide că diferiți factori care țin de organism și de mediu suscită foarte de timpuriu la copii o fragilitate deosebită (personalități prepsihotice sau cu risc ridicat de psihoză) și că un alt ansamblu de factori îl constituie condițiile apariției și evoluției schizofreniei. Această teorie bi- sau chiar tripolară a etiologiei schizofreniei este compatibilă cu explicațiile biologice, psihologice și psihosociologice.

SIMPTOMELE. Chiar dacă clinicienii au uneori dificultăți în a se pune de acord asupra conceptului clinic și psihopatologic de schizofrenie, cei mai mulți recunosc un ansamblu central de tulburări (moștenit de la Bleuler) care permite un diagnostic clinic al maladiei.

Simptomele minimale. N. Sartorius, director al departamentului de psihiatrie al Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), în cursul unei reuniuni a peste 400 de psihiatri, la Londra, în 1986, rezumă în felul următor acest ansamblu de simptome minimale, întrunind unanimitatea celor de față: tulburări afective și de putere de asociație (discordanță și disociere), ambivalență,

autism cu închidere în sine și pierderea contactului normal cu realitatea. Tocmai având în vedere discordanța, ambivalența și autismul se va formula diagnosticul clinic de schizofrenie.

Discordanța. Prima, pe care o numim și disociere intrapsihică, se datorează pierderii armoniei, unității și continuității întregii activități mentale, determinând emanciparea unor procese psihice, care se vor lega între ele prin asociații întâmplătoare. Această discordanță, atât de bine descrisă de Ph. Chaslin în 1912 (*Eléments de séméiologie et clinique mentales*), se va manifesta printr-o absență de raporturi între simptome, care astfel par incoerente, și printr-o lipsă de armonie între conținuturile gândirii și ale trăirii emoționale și exprimarea lor psihomotorie, gestuală și mimică. Neghiobie, manierism, râsete nemotivate, mișcări stereotipe și catatonice parazitează astfel cu totul un discurs deja prea puțin coerent. Limbajul însuși este, de fapt, extrem de discordant: există un fel de independență între expresia verbală și activitatea intelectuală. Cuvintele și frazele pronunțate nu mai exprimă cu adevărat gândirea bolnavului. Este așa-numita „emancipare a limbajului", cu stereotipii verbale, verbigerație și frecvente neologisme, care pot să conducă la o veritabilă schizofrenie*. Cât privește gândirea, aceasta este „rătăcită", din ce în ce mai dezorganizată, caracterizându-se prin încetinire, baraje, *fading* (P. Guiraud). Incoerența sa, deja atribuită de Kraepelin unei „deraieri" în înlănțuirea logică, este legată pentru Bleuler de un fel de dislocare, de *„Spaltung"*, tulburare fundamentală a asociațiilor care ar regla, crede el, cursul normal al activității psihice.

Ambivalența. Ambivalența ar corespunde, tot după Bleuler, „despicării facultăților sensibilității" care participă la viața afectivă și sentimentală. Ea se manifestă, de fapt, în cele trei registre: ale sentimentelor, voinței și inteligenței. Este tendința de a lua în considerare în mod simultan, sub dublul lor aspect negativ și pozitiv, diverse motivații și acțiuni psihice. Este deci un fel de unitate paradoxală a unor judecăți opuse, a unor idei sau sentimente contrare, care în mod normal nu ar putea fi adevărate în același timp. Schizofrenicul le face să coexiste și să se exprime împreună, fără a căuta să respingă pe vreunul / vreuna. Adevărată segmentare a afectivității, ambivalența apare în spusele bolnavului, în actele și impulsiile sale și în expresia amb[illegible]guă a sentimentelor.

Autismul. În ceea ce privește autismul, acesta este atât închidere în sine, cât și evadare din realitate. Bleuler notează că autismul se apropie de autoerotismul descris de Freud, dar având o semnificație mult mai extensivă. El apare sub un dublu aspect, atât negativ sau pseudodeficitar, cât și pozitiv, imaginar și delirant. Primul evocă, de fapt, dezinvestirea progresivă a realității exterioare, cu pierderea contactului afectiv, care se traduce prin indiferență, dezinteres și apragmatism. Al doilea, dimpotrivă, corespunde exagerării imaginației care însoțește o gândire dereală, o hipermnezie „autistă" și o producție delirică, fie oniroidă, apropiată de activitatea imaginară (S. Follin), fie paranoidă, cu un luxuriant delir incoerent, vag, rău sistematizat, asociat cu o activitate halucinatorie, în general multisenzorială. Dar ar fi vorba în acest caz, pentru Bleuler, de simptome „accesorii", prea puțin patognomonice.

Diagnosticul din DSM-III. Dacă diagnosticul clinic al schizofreniei a rămas multă vreme bazat pe concepții bleuleriene, el a evoluat totuși, o dată cu K. Schneider, în sensul unei luări în considerare a tulburărilor delirice și halucinatorii, socotite de psihiatrul german ca „simptome de prim rang" și ca având o mare importanță pentru diagnostic. Este vorba, în mod succesiv, de perceperea auditivă a gândirii, de halucinații auditive cu „conversația de voci între ele" sau cu „comentarea actelor" pacientului, senzații corporale impuse, furtul de idei, impunerea gândirii sau divulgarea sa, sentimente impuse sau controlate, percepție delirantă, impulsii și acte de voință impuse sau controlate.

DSM-III propune pentru diagnosticul schizofreniei criterii grupate în șase capitole, în care vom regăsi majoritatea simptomelor de prim rang semnalate de Schneider.

Primul capitol privește tulburările considerate caracteristice. Cel puțin unul din cele șase grupe de simptome trebuie să fie prezent pentru a autoriza diagnosticul de schizofrenie: idei delirante bizare (delir de influență, divulgarea gândirii, impunerea gândirii, furt de idei); delir somatic, delir de grandoare, delir religios sau nihilist fără conținut de persecuție sau geloziac; deliruri de persecuție sau de gelozie, dacă se asociază cu halucinații de orice tip; halucinații auditive în care vocile comentează actele și gândurile subiectului sau conversează între ele; halucinații auditive fără origine depresivă sau euforică, dacă ele se repetă și nu sunt limitate la unul sau două cuvinte; incoerență, asociații bizare, gândire accentuat ilogică sau sărăcie marcată a conținutului limbajului, dacă se asociază cu cel puțin unul din următoarele simptome: tocire a afectelor, retragere afectivă, afectivitate neadecvată, delir sau halucinație, catatonie sau comportament general vizibil inadaptat. Celelalte cinci capitole privesc diferite caracteristici, a căror prezență este cerută simultan cu simptomele precedente: deteriorare psihosocială, persistență a simptomelor timp de cel puțin șase luni, absența sindromului depresiv sau maniac tipic, debut înainte de vârsta de 45 de ani, absența unei maladii organice care poate explica simptomele. Sunt, de asemenea, de reținut unele simptome prodromale sau reziduale:

– izolarea socială;
– inadaptarea vădită la locul de muncă, la școală, acasă;
– inadaptarea în ceea ce privește igiena personală;
– bizarerii de comportament;
– afectivitate tocită sau nepotrivită;
– discurs vag, ermetic sau metafizic;
– bizarerii de ideație (superstiții, idei telepatice, „al șaselea simț" etc.).

Ansamblul este deci extrem de variat și nu simplifică un diagnostic făcut încă și mai dificil prin numeroasele forme clinice pe care le poate îmbrăca maladia. Fără a reveni asupra celor trei mari forme inițiale descrise de Kraepelin (hebefrenică, catatonică și paranoidă sau delirantă), trebuie știut că ele persistă în clasificările cele mai recente, ca acelea propuse de DSM-III.

Prin acest manual nord-american, putem recunoaște o formă principală, foarte bleuleriană, *dezorganizată* (engl. *disorganized*), marcată de incoerență, de importanța tulburărilor afective (discordanță și ambivalență) și de absența delirului organizat, „structurat"; o formă psihomotorie, „catatonică", cu numeroase impulsii și inafectivitate; o formă delirantă „paranoidă", cu delir incoerent și uneori cu delir luxuriant, foarte patognomonic pentru maladie; o formă *nediferențiată* (engl. *undifferentiated*), neclasificabilă printre cele trei forme caracteristice precedente; și o formă zisă *reziduală* (engl. *residual*), definită prin existența a cel puțin unei faze

procesuale (→ PROCES), absența de simptome caracteristice și persistența unor tulburări destul de minore ale ideației, comportamentului și afectivității (discordanță și disociere mentale minimale).

Pe plan evolutiv, DSM distinge patru tipuri de evoluție: subcronică (de la șase luni la doi ani); cronică (peste doi ani); cu pusee acute (accese paranoide, faze procesuale sau disociative) pe fondul unei evoluții subcronice sau cronice; și „în remisiune completă" (uneori *fără nici o tulburare* [engl. *no mental disorder*], formă evolutivă care corespunde unei schizofrenii reziduale asimptomatice. Tocmai în cadrul acestei forme total latente, „albe", unii psihiatri manipulați de administratorii lor au vrut să-i încadreze pe „disidenți", care, de fapt, nu au prezentat niciodată faze procesuale inițiale, care caracterizează debutul maladiei. Această utilizare politică a psihiatriei pare să fi încetat în unele republici din Est unde a fost pe larg practicată într-o vreme.

SIMPTOMATOLOGIE NEGATIVĂ ȘI POZITIVĂ. Acum zece ani a fost propusă o altă clasificare clinică, reintroducându-se simptomatologia *negativă* sau deficitară și *pozitivă* sau productivă în descrierea schizofreniei, studiindu-i implicația în fiziopatologia tulburărilor și în răspunsul lor farmacologic. Astfel, T. Crow a propus în 1980 o ipoteză bisindromică, distingând în cadrul schizofreniei un tip I (productiv) și un tip II (deficitar), pornind de la imageria cerebrală (I.R.M.), de la cercetări asupra funcționării receptorilor dopaminergici cerebrali și de la date farmacologice. El a arătat că schizofrenia de tip I se caracterizează printr-un debut brutal, funcții intelectuale de obicei păstrate, un bun răspuns la neuroleptice, o probabilă augmentare a receptorilor dopaminergici D2 și totala absență a tulburărilor deficitare. Crow crede că simptomele pozitive exprimă o perturbare a transmisiilor dopaminergice, iar simptomele negative o pierdere de celule care determină modificări structurale la nivelul creierului.

El se bazează pe trei elemente pentru a-și apăra ipoteza:

1) simptomele pozitive răspund mai bine la neuroleptice decât simptomele negative;

2) există o corelația între creșterea volum a ventriculelor laterale la schizofrenicii cronici și simptomele negative, mai ales deficitul intelectual;

3) există o corelație între numărul de receptori dopaminergici (la creierele schizofrenici examinate *post mortem*) și simptomatologia pozitivă a acestor pacienți.

Crow a pus în evidență o triadă simptomatică majoră: tocire afectivă, sărăcie limbajului și abulie devenită ulterior pierdere a elanului; aceste simptome se opun triadei simptomelor pozitive: idei delirante, halucinații, tulburări ale gândirii. Este remarcat că tulburările gândirii fac parte pentru el, din simptomele pozitive. Pe de altă parte, Crow introduce un parametru evolutiv: simptomele pozitive sunt mai frecvente în episoadele psihotice acute („schizofrenie acută"), pe când simptomele negative caracterizează mai mult schizofrenia cronică.

Doi ani mai târziu, N. Andreasen și S. Olsen, inspirându-se din neojacksonism și din noțiunile de disoluție și de eliberare a funcțiilor, definesc și ei două categorii de schizofrenie: una pozitivă, alta negativă. Pentru aceasta din urmă ei construiesc o scară de evaluare clinică numită SANS (Scales for the Assessment of Negative Symptoms), care cuprinde cinci dimensiuni principale ale sindromului schizofrenic deficitar:

– retragere sau sărăcie afectivă: expresia încremenită a feței, diminuarea mișcărilor spontane, sărăcia expresiei gestuale, sărăcia contactului vizual, absența de răspunsuri afective, afect nepotrivit, monotonia vocii, plângere subiectivă de vid afectiv;

– alogie: sărăcia discursului, sărăcia conținutului discursului (sărăcie ideatică), baraje, creșterea latenței răspunsurilor, sentiment subiectiv de alogie (dificultatea verificată de a gândi și de a-și organiza ideile);

– avolițiune — apatic: toaleta și igiena neglijate, lipsă de asiduitate în muncă sau la școală, anergie psihică (inerție motorie), plângere subiectivă de avolițiune și de apatie;

– anhedonie — retragere socială: scădere a intereselor și a activităților de loisir, scădere de interese și activități sexuale, incapacitate de a trăi relații intime, sărăcirea relațiilor de prietenie și colegiale, conștiința anhedoniei și a retragerii sociale;

– atenția: neatenție în activitățile sociale, neatenție în timpul examenului, plângere subiectivă privind neatenția (traducerea în limba franceză de Y. Lecrubier și P. Boyer).

Datorită acestor cercetări, cele două tipuri de schizofrenie pot fi schematizate (E. Hantouche). [A se vedea tabloul alăturat.]

Este cert că această nouă clasificare, chiar dacă este discutată, are o mare importanță nu numai în ceea ce privește pronosticul bolii, ci și în ceea ce privește terapeutica. Unele neuroleptice, într-adevăr, utilizate în doze mici, au o acțiune dezinhibitoare și antideficitară specifică, cum vom vedea studiind tratamentul schizofreniei.

Tratamentul ne va permite să regăsim cele trei dimensiuni: organogeneza, psihogeneza

SCHIZOFRENIE

	POZITIV (TIP I)	NEGATIV (TIP II)
simptomatologie	• funcționare premorbidă normală • debut relativ acut • predominarea simptomelor pozitive: halucinații, delir, exacerbare și remisia simptomelor • funcționare socială relativ adaptată	• funcționare premorbidă săracă • predominarea simptomelor negative: tocire afectivă, sărăcia discursului • evoluție cronică sau deteriorativă • funcționare socială proastă: șomaj, ruptură socială
date cognitive	• performanțe normale la teste scanner normale	• perturbarea testelor neuropsihologice • atrofie cerebrală la scanner
farmacologie	• bun răspuns la neuroleptice • necesitatea de doze ridicate de neuroleptice	• răspuns slab la neuroleptice • răspuns mai bun la doze reduse de neuroleptice

și sociogeneza maladiei. Căci abordarea terapeutică trebuie să rămână deschisă tuturor metodelor și diverselor tehnici susceptibile de a trata această gravă afecțiune mentală.

TRATAMENT. Pe plan biologic, metodele de șoc nu mai sunt practic utilizate, chiar dacă șocul cu cardiazol și electrașocul au fost practicate cu un anumit succes. Cea mai folosită a fost cura de insulină sistematizată de M. Sakel (1932). Indicația sa majoră este indiscutabil schizofrenia, unde a permis numeroase remisiuni. Dacă avem puține explicații biologice asupra mecanismului de acțiune al acestei cure, este cert că, pe plan psihopatologic coma insulinică, interpretată ca o cufundare la niveluri descrescânde de conștiință, urmată de o reemergență, ca și climatul deosebit de la trezire creează condiții favorabile pentru psihoterapia care completează cel mai adesea cura. Cât privește psihochirurgia, introdusă de E. Moniz în 1936 (și care i-a adus Premiul Nobel în 1947), bazată pe o concepție patogenică total eronată referitoare la schizofrenie, ea a cunoscut un anumit succes timp de aproape două decenii. Sub formă de lobotomie frontală (secționarea fibrelor asociative talamo-prefrontale), ea va fi practicată la scară foarte mare mai ales de către americanii W. Freeman și J.W. Watts (*Psychosurgery*, 1942). O cale de abordare transorbitară, foarte rapidă, dar periculoasă, va fi propusă de A.M. Fiamberti, apoi de Freeman. Ea permitea să se intervină în perioada comatoasă postcritică a electrașocului, fără precauțiune chirurgicală specială, deci într-un serviciu psihiatric obișnuit. Freeman a practicat, fără îndoială, peste două mii de intervenții înainte ca psihochirurgia să cadă în desuetudine și să devină ilegală în unele state, ca Rusia și statul California. Sechelele demențiale, postoperatorii erau destul de frecvente, eclipsând cu totul rezultatele favorabile pe care se putea conta în ceea ce privește angoasa, discordanța afectivă și unele tulburări delirante.

Neurolepticele. O adevărată revoluție în tratamentul schizofreniei o va aduce, însă, descoperirea empirică, în 1952, de către J. Harl, J. Delay și P. Deniker, a efectelor asupra agitației delirante din stările psihotice a unui nou antihistaminic studiat în laboratoarele Rhône-Poulenc (D. Bovet, S. Courvoisier, P. Decourt), antihistaminicul 4560 R.P. sau clorpromazina. Tocmai pornind de la acest prim medicament, considerat mai întâi ca ganglioplegic de către Deniker, va fi sintetizată și prescrisă cu succes o întreagă serie de neuroleptice, chiar dacă s-a dovedit că ele rămâneau incapabile să-i vindece definitiv pe schizofrenici. Se pare că ele acționează asupra maladiei (A. Carlsson) în primul rând prin blocarea receptorilor dopaminergici, modificând *turnover*-ul dopaminei (scăzându-l) și provocând în mod secundar o stabilizare a transmisiei dopaminergice (→ NEUROMEDIATOR; SINAPSĂ). Acest bloc de receptori dopaminergici pare a explica în parte efectul antipsihotic, precum și efectele secundare (îndeosebi motorii: tulburări extrapiramidale, diskinezii etc.). Diverse familii de neuroleptice (fenotiazinele, cu clorpromazina, butirofenonele, cu haloperidolul, tioxantenele, benzamidele etc.) permit o mare varietate de prescripții. Unele dintre aceste neuroleptice au o acțiune prelungită (N.A.P.) și necesită o singură injectare a produsului la interval de două săptămâni sau chiar o dată la o lună. Alte produse, ca amisulprida, administrate în doze relativ mici, ar avea mai ales un efect „dezinhibitor" deosebit de util în formele de schizofrenie zise „negative" sau deficitare. În sfârșit, clozapina este un nou medicament antipsihotic foarte eficient, care nu ar avea efecte secundare, în special extrapiramidale (deci nu ar intra cu adevărat în cadrul neurolepticelor așa cum le-a definit J. Delay). Dacă aceste medicamente psihotrope au transformat realmente destinul schizofrenicilor, permițându-le reintegrarea în mediul social, familial, profesional, ele trebuie asociate cu un travaliu psihoterapeutic dacă vrem cu adevărat să vedem că ameliorarea se menține.

Psihoterapiile. Diversele psihoterapii care pot fi utilizate se repartizează în trei categorii: psihanalitice, familiale și comportamentale. În ceea ce privește psihanaliza, I. Fromm-Reichmann, în celebra clinică de la Chesnut-Lodge, și S. Arieti sunt printre primii care au aplicat-o în Statele Unite. În Franța, P.C. Racamier a fost, de asemenea, un pionier al psihanalizei psihoticilor, ca H.A. Rosenfeld în Anglia, cu un suport teoretic care îi datorează mult Melaniei Klein. După cum subliniază L. Singer, este necesară adaptarea la condițiile speciale ale curei, aplicându-se unele reguli cu totul diferite de acelea rezervate nevroticilor: bolnavul să nu fie culcat pe divan; să i se acorde mai degrabă un suport moral, decât să i se scotocească inconștientul; investigațiile să nu fie duse în profunzime; să-i fie întărite mecanismele de apărare; să se evite momentele de tăcere; să nu se răspundă la întrebări prin tăcere; să nu se caute elucidarea amneziilor, să nu fie nici confirmate și nici negate ideile delirante, să se discute teama de nebunie, de suicid sau de omucidere, dându-se sfaturi practice; pacientul să fie ajutat să-și rezolve dificultățile interpersonale. Se va obține astfel încrederea bolnavului și acceptarea explicațiilor. Psihoterapia trebuie oprită în cazul în care psihoterapeutul este integrat de bolnav într-un delir de persecuție. În unele cazuri ar fi de dorit separarea rolurilor de psihoterapeut și de medic care prescrie medicamente. Unii preconizează acest soi de „coterapie" pentru a fi ocrotită la maximum neutralitatea celui dintâi, lăsându-i-se celui de al doilea grija unor decizii care s-ar impune contra voinței bolnavului: modificarea chimioterapiei, punerea sub tutelă, spitalizarea (L. Singer). Cât privește terapiile familiale de inspirație sistemică, își au și ele locul lor în evitarea unei recidive imediate. Este cazul îndeosebi în familiile în care există un schizofrenic cu risc ridicat, pentru a diminua emoția exprimată (E.E.), reperată de G. Brown ca factor frecvent de recidivă. Tratamentul de inspirație comportamentală s-ar situa mai degrabă în programele de redobândire a competențelor sociale, uneori indispensabile pentru reinserția unui schizofrenic, în urma azilismului provocat de spitalizarea îndelungată.

Socioterapia. Dacă în prezent este întotdeauna recomandabilă asocierea chimioterapiei cu psihoterapia în tratarea unui schizofrenic, nu este mai puțin recomandabil ca acestea să fie completate cu o socioterapie, care să urmărească îndeaproape readaptarea bolnavului. De fapt, socioterapiei îi revine întreaga muncă de reabilitare, a cărei importanță practică a arătat-o pe drept cuvânt Y. Ciompi, chiar dacă ea este uneori considerată secundară în raport cu celelalte două volete ale tratamentului. Ea se va realiza în cadrul unor multiple structuri zise „de readaptare": cămin de postcură, apartamente și ateliere terapeutice, centre de ajutorare prin muncă etc., existente în dispozitivul sectorului de psihiatrie*. Uneori, aceasta va autoriza o

reinserție socioprofesională completă. În alte cazuri va trebui să mențină un mediu protejat, în care schizofrenicul își va putea recrea „un ansamblu de referințe și de repere afective și temporo-spațiale" (L. Singer), care să-i permită să-și exploateze posibilitățile psihice restante. Un asemenea mediu va constitui pentru el lumea apropiată în care va putea munci, ameliorându-i calitatea vieții și redându-i o anumită autonomie.

Bibl.: Andreasen, N., Olsen, S., „Negative vs Positive Schizofrenia: Definition and Validation", in *Archives General of Psychiatry*, 39, 1982, pp. 789–794; Arieti, S., *Interpretation of Schizophrenia*, Brunner-Mazel, New York, 1955; Arieti, S., *On Schizophrenia, Phobias, Depression, Psychotherapy and the Farther Shores of Psychiatry*, Brunner-Mazel, New York, 1978; Bleuler, E., „Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien", in Aschaffenburg, *Handbuch der Psychiatrie*. F. Deuticke, Leipzig, 1911; Boyers, R., *Ronald Laing et l'Antipsychiatrie*, Payot, Paris, 1971; Crow, T., „Positive and Negative Schizophrenia Symptoms and the Role of Dopamine", in *British Journal of Psychiatry*, 137, 1980, pp. 383–386; Goldstein, M.J., Hand, I., Hahlwey, K., *Treatment of Schizophrenia*, Springer, Berlin, New York, 1986; Kaplan, A.R., *Genetics Factors in Schizophrenia*, C. Thomas, Springfield, 1972; Kraepelin, E., *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive* (trad.fr.), Privat, Toulouse, 1905; Minkowski, E., *La schizophrénie* (2-e éd.), Desclée de Brouwer, Paris, 1951; Singer, L., „Traitement au long cours de la schizophrénie", in *Semaine des hôpitaux*, no 4, 1988, pp. 362–377; Sullivan, H.S., *Conceptions of Modern Psychiatry*, Norton, New York, 1953; Szasz, T., trad.fr., *Fabriquer la folie*, Payot, Paris, 1970; Szasz, T., *La schizophrénie*, trad.fr., Payot, Paris, 1983.

SCHIZOIDIE (engl. *schizoidia, schizoidism*). **Constituție mentală sau mai degrabă structură a personalității la limita patologicului, caracterizată printr-o tendință la introversiune, interiorizarea afectelor, închiderea în sine putând merge până la izolare, reverie, atracție pentru abstracții.**

Distanțarea de realitatea exterioară în cazul schizofreniei nu merge totuși până la o veritabilă ruptură cu aceasta, cum o vedem în psihoză și în mod cu totul deosebit în schizofrenie. Uneori s-a considerat că schizoidia poate fi o formă atenuată a acestei psihoze sau că ar constitui un teren predispozant pentru această maladie gravă. Am avea de-a face în cazul acesta cu un adevărat biotip desemnat de E. Kretschmer cu numele de schizotimie*. De fapt, mulți schizoizi nu devin niciodată schizofrenici, iar în antecedentele schizofreniei nu găsim trăsăturile acestei personalități premorbide decât în mai puțin de 50% din cazuri.

SCHIZOMANIE (engl. *schizomania*). **Formă atenuată de schizofrenie caracterizată printr-o exagerare morbidă a tuturor trăsăturilor schizoide.**

H. Claude a creat acest termen (1926) pentru a desemna o stare patologică ce se dezvoltă pornind de la schizoidie*, fără a se asocia realmente cu disocierea mentală și nici cu discordanța afectivă. Simptomele sunt inadaptarea la mediu, tendința la reverii morbide, negativismul, bizareria comportamentului, iar uneori fugi și reacții agresive deosebit de violente. Evoluția se caracterizează prin episoade de excitație delirantă, cărora le succed lungi perioade depresive de aspect atipic. O asemenea afecțiune s-ar încadra azi mai degrabă în psihozele schizoafective.

SCHIZONOIA (engl. *schizonoia*). **Tendință generală la discordanță între comportamentul exterior pe care un subiect ține să-l păstreze față de mediul său și activitatea sa psihică inconștientă.**

Termenul, creat de E. Pichon (1932), a fost apoi reluat de H. Codet și R. Laforgue pentru a grupa o întreagă serie de arierații afective care se asociază cu discordanță și repliere autistă. De fapt, se punea problema, ca și pentru schizomania individualizată de H. Claude mai înainte, de a îndepărta din cadrul prea aglomerat al schizofreniei un anumit număr de forme minore sau pseudonevrotice.

SCHIZOTIMIE (engl. *schizothymia*). **Tip de caracterologie descris de E. Kretschmer, caracterizat printr-o tendință la interiorizare și prin majoritatea trăsăturilor proprii constituției mentale schizoide.**

Schizotimia se asociază, pentru Kretschmer, cu o morfologie corporală „leptosomă", longilină, cu toracele plat și corpul suplu, și cu o dispoziție disonantă sau „distonă". Schizotimia ar predispune la schizofrenie, deși studii anamnestice și epidemiologice aprofundate nu au descoperit o schizotimie sau antecedente de schizoidie decât la 40% dintre schizofrenici.

SCHNEIDER (Kurt). **Psihiatru german (Grailsheim, Bade-Wurtemberg, 1887 — Heidelberg, 1967).**

A dezvoltat o concepție sistemică a tulburărilor psihice și a diagnosticului psihiatric. După studii de filosofie la Heidelberg, unde a frecventat cursurile lui K. Jaspers, apoi de medicină la Köln, devine profesor de psihiatrie în acest oraș, începând din 1922. După cel de-al doilea război mondial, este numit profesor la Heidelberg, unde își termină cariera în 1955.

După o lucrare despre personalitățile psihopatice, apărută în 1923, publică în 1935 *Psihopatologia sentimentelor și instinctelor*, care îi va aduce un renume internațional, ca reprezentant al psihopatologiei germane, aproape egal cu al magistrului său Jaspers. Dar mai ales *Psihopatologia clinică* (1950) dezvoltă cel mai bine concepțiile sale în domeniul diagnosticului și al clasificării maladiilor mentale. Descrie aici în special simptomele schizofreniei, pe acelea de „prim rang", în raport cu „experiențe anormale" caracteristice acestei psihoze, și pe acelea de al „doilea rang", care se pot vedea și în alte psihoze, în special simptome afective (uni- sau bipolare). Simptomele de prim rang sunt următoarele: enunțarea sau ecoul gândirii, halucinații auditive în care voci conversează între ele, halucinații auditive în care voci comentează comportamentul subiectului, senzații corporale impuse, furt de idei, impunerea gândirii, divulgarea gândurilor, percepție delirantă, sentimente impuse sau controlate, impulsii impuse sau controlate. Ele constituie o primă definiție operațională a schizofreniei (P. Berner). Rămân printre criteriile diagnostice cele mai utilizate în cercetările epidemiologice și statistice actuale.

SCOTOMIZARE (engl. *denial of reality, scotomisation*). **Înlăturare de către subiect a unei părți importante, dar contestate, a realității.**

SECTOR DE PSIHIATRIE / SECTORIZARE (engl. *catchment area sectorisation*). **Arie geografică bine delimitată, cu aproximativ 70 000 de locuitori, deservită de un serviciu de psihiatrie, aceeași echipă medico-socială asigurând tratamentele intra- și extraspitalicești.**

ÎNAINTE DE SECTORIZAREA PSIHIATRICĂ. Legea din 30 iunie 1838 a făcut

să se realizeze câte un „azil de alienați" în fiecare departament. În 1924 încep să se dezvolte primele servicii deschise (Spitalul Henri-Rousselle, Paris). În 1937, o circulară ministerială preconizează organizarea igienei mentale în afara spitalului, după modelul luptei contra tuberculozei. Începând din 1938, azilurile sunt numite în mod oficial „spitale psihiatrice". La eliberare, ca urmare a condițiilor de viață înspăimântătoare la care erau supuși bolnavii în spitalele psihiatrice și în contextul marii mișcări novatoare de reflecție critică, psihiatrii din spitale concep altfel politica de sănătate mentală. Ei cred tot mai mult că trebuie privilegiată profilaxia, că trebuie evitate spitalizările cronicizante și promovate tratamentul ambulatoriu și reinserția socioprofesională. Cu prilejul manifestării *Journées psychiatriques* din 1945, ei afirmă unitatea noțiunilor de prevenire, profilaxie, cură și postcură. În același an are loc, în cel de-al XIII-lea arondisment al Parisului, deschiderea unui centru care să rămână ulterior o referință permanentă la ideea de sector psihiatric.

INSTITUIREA SECTORULUI PSIHIATRIC DE ADULȚI. Sectorul de psihiatrie a fost instaurat, la 15 martie 1960, printr-o simplă circulară ministerială. În aceasta sectorul este definit ca o arie geografică deservită de un serviciu din spitalul psihiatric preexistent: fiecărui sector îi corespunde un serviciu determinat și invers. Acel serviciu spitalicesc este obligat să funcționeze în strânsă legătură cu structurile extraspitalicești. Circulara din 1960 determină aceste structuri: *dispensarul de igienă mentală*, centru de consultații medico-sociale, situat în reședință și funcționând cel puțin patru zile pe săptămână; *spitalul de zi*, organism unde bolnavii sunt tratați în cursul zilei, reîntorcându-se acasă în fiecare seară; *cămin de postcură*, o structură de tranziție între spital și domiciliul pacientului, asigurându-i acestuia cazare și masă, precum și readaptarea în cele mai bune condiții; *atelierul protejat*, atelier în care bolnavii, câștigându-și viața, rămân sub supraveghere medicală.

Aceeași echipă pluridisciplinară trebuie să asigure munca extra- și intraspitalicească și să fie în strânsă legătură cu spitalele generale, cu clinicile private, cu medicii generaliști etc. În acest scop, fiecare departament este însărcinat să elaboreze un program de organizare și echipare, spre a crea un dispozitiv mai eficient și mai bine adaptat de luptă contra maladiilor mentale. Obiectivele sunt clar definite: întreprinderea de tratamente la stadiul cel mai precoce; asigurarea unei postcure medico-sociale care să evite recidivele; evitarea dezadaptării, care determină îndepărtarea bolnavului de mediul său natural, făcând în așa fel încât toate stabilimentele sau serviciile să fie lesne accesibile pentru populația pe care o deservesc; evitarea spitalizării sau reducerea ei la minimum; suprimarea paturilor de spitalizare, în raport cu organismele extraspitalicești existente.

Numeroase texte completează circulara princeps. Dar numai din anii '70 sectorul s-a instituit în mod progresiv, cu inegalități importante de la un departament la altul, de la un sector la altul. În 1968, spitalele psihiatrice sunt integrate în sistemul spitalicesc general.

Mixitatea serviciilor este introdusă începând din 1969. Tot în 1969, o circulară ministerială definește funcția de infirmier psihiatric de sector. În 1970, serviciile de psihiatrie sectorizate sunt asimilate la serviciile spitalicești din primul grup, iar psihiatrii din spitale își văd statutul inclus în acela al spitalelor publice.

În 1972, o circulară instaurează consiliile de sănătate mentală sectoriale, în scopul de a evalua trebuințele și resursele, ca și pentru a organiza profilaxia, educația sanitară și cercetarea. Acest text va rămâne practic literă moartă, dar în 1986 vor fi create consilii după o formulă nouă. Decretul din 14 martie 1972 fixează modalități de reglare departamentală a luptei contra maladiilor mentale, alcoolismului și toxicomaniei. El prevede divizarea departamentelor, prin decizie prefecturală, în sectoare geografice de psihiatrie adultă și de psihiatrie infanto-juvenilă. O circulară din 9 mai 1974:

– reexaminează modalitățile de echipare extraspitalicească (dispensar, spital de zi, ateliere protejate, structuri intersectoriale);

– creează norme minimale de personal: un medic-șef de serviciu și de sector; un medic asistent; trei sau patru interni; o asistentă socială; un infirmier la 10 000 de locuitori; o secretară; vacatari în funcție de trebuințe.

INSTITUIREA SECTORULUI DE PSIHIATRIE INFANTO-JUVENILĂ. Circulara din martie 1960 nu definește sectorizarea pentru pedopsihiatrie. Circulara din 16 martie 1972 este aceea care dispune organizarea sectorizării serviciilor de psihiatrie infanto-juvenilă. Acest intersector corespunde unei arii geografice cu 200 000 de locuitori și privește minorii în vârstă de cel puțin 16 ani. Circulara insistă asupra prevenirii la toate nivelurile: la nivel primar (cooperare cu centrele de protecție maternă și infantilă, cu medicii școlari, cu obstetricienii); la nivel secundar (depistare și luptă înainte de apariția unor tulburări manifeste); la nivel terțiar (limitare maximală a sechelelor și incapacităților).

Bilanțuri cu țintă diagnostică și terapeutică trebuie efectuate de echipa pluridisciplinară a intersectorului. Aceste bilanțuri cuprind:

– un examen psihiatric;

– un examen psihotehnic (teste psihometrice la nivel intelectual și de personalitate);

– examene specializate, în special ortofonice și psihomotorii;

– un studiu al situației școlare, familiale și sociale.

Sunt desemnate centrele de consultații, după cum urmează:

– dispensarele de igienă mentală, cu posibilitatea de a se practica aici examene medicale și tratamente medicamentoase, psihoterapie, reeducare ortofonică și psihomotorie;

– spațiile de consultații spitalicești externe;

– centrele medico-psiho-pedagogice (C.M.P.P.), cu posibilitate de intervenții la nivel medical, psihologic și pedagogic;

– institutele medico-educative (I.M.E.), care primesc persoane în vârstă de la 3 la 20 de ani suferind de un deficit intelectual și necesitând recurgerea, sub control medical, la tehnici nu exclusiv pedagogice.

Institutele medico-educative cuprind:

– institutele medico-pedagogice care primesc copii în vârstă de la 3 la 16 ani, asigurându-le un învățământ general, precum și o formație gestuală;

– institutele medico-profesionale, care, în continuarea stabilimentelor precedente, asigură o formare profesională adaptată fiecărui handicapat.

Toate aceste institute funcționează în forma externatului sau internatului, în relație cu:

– serviciile spitalicești de pedopsihiatrie;

– stabilimente ca: serviciu spitalicesc de psihiatrie pentru adulți, centru de ajutorare prin muncă (stabiliment care asigură activități cu caracter profesional, cu asistență medico-socială), atelier protejat (unitate de producție cu randament mai slab), sector protejat în mediu de muncă obișnuit, cămin (cazare și acțiune educativă).

SECTORUL LEGALIZAT. Până în 1985, sectorul nu avea decât o existență reglementară care nu se baza decât pe circulare și pe decrete ministeriale. Legea din 25 iulie 1985, statuând diverse dispoziții de ordin social, îi dă, prin articolul 8, o bază legislativă. Ea dispune că lupta contra maladiilor mentale se duce în cadrul circumscripțiilor geografice numite sectoare psihiatrice. Ea instituie un consiliu departamental de sănătate mentală, ale cărui componență și roluri vor fi determinate în martie 1986. Legea din 31 decembrie 1985 este în întregime consacrată sectorizării psihiatrice. Ea introduce în harta sanitară sectoarele psihiatrice, prin modificarea importantei legi din 31 decembrie 1970 privind spitalele. Ea stabilește, de asemenea, că departamentele nu mai sunt obligate să dispună de un stabiliment special destinat „alienaților", ci doar să asigure tratarea bolnavilor mintali „în unul sau mai multe stabilimente care asigură serviciul public spitalicesc". Legea stabilește că din 1 ianuarie 1986 structurile publice sectoriale sunt puse la dispoziția și sub responsabilitatea stabilimentelor care asigură serviciul public spitalicesc. Aceste stabilimente trebuie să-și asume cheltuielile acestor structuri în lupta contra maladiilor mentale. Dispozitivul este esențialmente instituit din perspectiva funcționalității și a restricțiilor bugetare. Până acum, într-adevăr, structurile sectoriale depindeau de D.D.A.S.S. și erau finanțate în mod conjunct.

Legea merge însă și mai departe, întrucât statuează că, începând cu data d 1 ianuarie 1987, bunurile mobile și imobil atribuite serviciilor publice de luptă contr maladiilor mentale sunt puse la dispoziți stabilimentelor menționate mai sus. Chel tuielile acestor stabilimente sunt, progresiv total preluate de sistemele de asigurare caz de boală, în cadrul unei donații globa anuale.

Decretul din 14 martie 1986 instituie trei tipuri de sectoare:

– sectoarele de psihiatrie general pentru persoanele în vârstă de peste 16 an

– sectoarele de psihiatrie infanto-juve nilă, pentru copii și adolescenți (fiecar dintre aceste sectoare corespunde unei ar geografice deservite de unul sau mai mult sectoare de psihiatrie generală);

– sectoarele de psihiatrie din mediul penitenciar, atunci când ele corespund tre buințelor de sănătate mentală a populație încarcerate în stabilimente care depind d o regiune sanitară.

Acest decret precizează componen consiliului departamental de sănătate men tală, care cuprinde îndeosebi reprezentan ai statului, ai consiliului general, ai st bilimentelor de tratament, ai sistemelor d asigurare în caz de boală. Acest consili înaintează un aviz prefectului, înainte de se fi stabilit lista stabilimentelor car participă la lupta contra maladiilor men tale. El poate fi, de asemenea, consult asupra tuturor problemelor referitoare l organizarea și funcționarea echipamentelor și serviciilor de luptă contra maladiilor mentale, ca și asupra proiectelor de creare a unor stabilimente sociale și medico-soci ale care primesc bolnavi sau handicapa mintali. Același text le atribuie stabilimentelor care asigură serviciul public spitalicesc, la care sunt atașate unul sau mai multe sectoare psihiatrice, responsabilitatea luptei contra maladiilor mentale în acel sau acele sectoare. Prevenirea, diagnosticul și tratamentele sunt asigurate în special: în serviciile specializate, care dispun sau nu de posibilități de cazare; la rezidența pacienților; în stabilimentele sanitare, sociale sau medico-sociale; prin sejururi terapeutice temporare; prin acțiuni de informare în rândurile populației și profesioniștilor interesați.

Decizia din 14 martie 1986, menționată de textul precedent, enumeră și definește echipamentele și serviciile de luptă contra maladiilor mentale. Acestea sunt: centrele medico-psihologice, care sunt fostele dispensare de igienă mentală; centrele de ajutorare permanente și centrele de criză abilitate să răspundă la urgența psihiatrică 24 de ore din 24; spitalele de zi și spitalele de noapte; atelierele terapeutice care au grupe de ergoterapie; serviciile de spitalizare la domiciliu și de plasament familial terapeutic; centrele de postcură (fostele cămine de postcură) și apartamentele terapeutice (unități de tratament puse, pe o durată limitată, la dispoziția câtorva pacienți); unitățile de spitalizare propriu-zisă.

Bibl.: Audisio, M., *La psychiatrie de secteur*, Privat, Toulouse, 1982.

SELF (termen englez), **sinonim al termenului francez *soi* (= Sinea). *Self* adevărat / *self* fals.**

La D.W. Winnicott, distincție stabilită de el, care se referă la dezvoltarea copilului (traducerea lui *„self"* prin *„soi"* nu a fost cu bunăvoie efectuată în textele franceze). Pentru Winnicott, Eul sugarului își taie drum spre o stare în care cerințele instinctuale sunt resimțite ca făcând parte din *self* (sau Sinea*) și nu din mediu.

Winnicott stabilește o paralelă între *adevăratul self* și *falsul self*: el reia aici distincția freudiană între o parte centrală a Eului guvernat de impulsii sau de ceea ce Freud numește sexualitatea pregenitală și genitală, pe de o parte, și porțiunea îndreptată spre exterior, pe de altă parte, porțiune care stabilește raporturi cu lumea.

Falsul *self* este reprezentat de orice organizare constituită de o atitudine socială șlefuită, de bunele maniere și de o anumită rezervă. Adevăratul *self* este spontan, iar evenimentele lumii s-au acordat la această spontaneitate, ca urmare a adaptării unei mame suficient de bune. → SINEA.

SELVINI-PALAZZOLI (Mara). **Psihiatră și psihanalistă italiană (Milano, 1916).**

Se ilustrează în primul rând prin cercetări privind anorexia mentală. Abandonează mai târziu psihoterapiile duale, consacrându-se terapiilor familiale sistemice (→ TERAPIE FAMILIALĂ). Creează în 1967, la Milano, Centrul pentru studierea familiei, în care se inspiră din cercetările anglo-saxone și în special din acelea ale școlii de la Palo Alto* (California). Școala din Milano devine numaidecât celebră prin marea sa productivitate științifică. Tranzacțiile schizofrenice fac obiectul unor studii clinice de o foarte mare bogăție teoretică și terapeutică. Sunt în mod detaliat descrise modalități de tratament (prescripție de ritualuri, de simptome, conotația pozitivă a sistemului familial). Multe dintre cărțile ei au fost traduse în limba franceză, cea mai importantă dintre acestea fiind *Paradox și contraparadox* (1975; trad.fr. 1983). A mai scris: *Magicianul fără magie* (1976; trad.fr. 1983); *În culisele organizării* (1980; trad.fr. 1984); *Jocuri psihotice în familie* (1987; trad.fr. 1990).

SEMIOLOGIE (engl. *semiology*). **Știința care studiază diversele sisteme de semne (coduri, limbi, semnalizări etc.).**

Semiologia este, pe de o parte, o știință generală care studiază sistemele de semne și funcționarea lor, iar, pe de altă parte, o cunoaștere organizată aplicată unui domeniu particular al comunicării.

GENER. Cum limbajului i se dă, în general, un statut aparte, el este îndepărtat din domeniul propriu-zis al semiologiei care, astfel, devine „studiul sistemelor de semne nonlingvistice" (P. Guiraud). Aceasta a fost concepută de F. de Saussure, în al său *Curs de lingvistică generală* (1916), drept „știința care studiază viața semnelor în cadrul vieții sociale", constituind o „parte a psihologiei generale". Ea are a ne învăța — adaugă Saussure — „în ce constau semnele, ce legi le guvernează. Deoarece ea încă nu există, nu putem spune ce va fi; dar ea are dreptul la existență, locul fiindu-i dinainte determinat". În aceeași perioadă, filosoful nord-american C.S. Peirce concepe și el o teorie generală a semnelor, pe care o numește *semiotică* (engl. *semiotics*). Pe când Saussure punea accentul pe funcția socială a semnului, americanul îl punea pe funcția sa logică. Numai la finele anilor '50, R. Barthes va încerca o primă aplicație a programului lui Saussure, pe care el îl expune în 1964 în *Elemente de semiologie*. Barthes identifică aici o formă nouă de critică ideologică și sociopolitică: „Ostenit de caracterul imobil, oratoric, de denunțurile ideologice, întrevăd cu uimire, citindu-l pe Saussure (era în 1956), că poate exista o metodă elegantă (cum se spune despre soluția unei probleme de matematică) ce ne permite să analizăm simbolurile sociale, efigiile de clase, sforăriile ideologice. Fără îndoială că aș fi făcut mai bine numind această știință (sau acest discurs) o «signaletică», căci este vorba de a descrie modul în care societatea de clase produce semnale (mai degrab[ă] decât semne), «afișe», pe care le returne[az] cu șiretenie ca pe niște trăsături natur[ale] păstram totuși termenul «semiologie», gl[osat] la Saussure, și încă îl mai păstrez, întruc[ât] am continuat să lucrez cu el. Aceast[ă] semiologie — sau această signaletică — [o] concep, așadar, ca pe extensia unui v[ast] proiect de critică ideologică."

Tocmai această semiologie directă a socialului l-a interesat pe Barthes, pe c[are] alți semiologi vor studia mai degrab[ă] ritualurile, ceremoniile sau creațiile estetice (arhitectură, pictură, literatură etc.), ca sunt și ele moduri de comunicare ce țin de o teorie generală a semnului. Dar unii v[or] putea, de asemenea, să studieze comunicația animală (zoosemiotică) sau a ma[șini]nilor (cibernetică), sau chiar aceea a celulelor vii (bionică).

PSIHIATR. Semiologia medicală este ea însăși o ramură a acestei științe, ba chiar cea mai veche, deoarece este cu mult anterioară lui Saussure. Din secolul al XVIII-lea ea este „partea medicinei care tratează despre semnele bolilor" (E. Littré). La începutul secolului al XIX-lea, A.J. André-Beauvais și-a intitulat „Séméiotique" al său *Traité des signes des maladies* (1809). Ar trebui să spunem mai degrabă „semeiologie" sau „semeiotică" pentru a califica această semiologie particulară.

Semiologia psihiatrică urmează un demers destul de învecinat cu acela al semiologiei medicale mai generale. Ca și ea, de fapt, semiologia psihiatrică culege simptomele pe care bolnavul le expune în mod spontan, semnele pe care psihiatrul trebuie să le cerceteze și să le discrimineze și sindroamele, asocieri mai mult sau mai puțin specifice de simptome și de semne care trimit la o clasificare, la o nosografie

pe care clinicianul a învățat să o cunoască. Orice semn psihiatric va avea, după G. Lanteri-Laura, o față semnificantă (expresie materială a semnului) și o față semnificată (conținutul său semantic), după cum presupune și un referent, adică acea clasificare nosologică la care practicianul se adresează pentru a situa ansamblul semnelor pe care le-a cules în cursul examenului clinic efectuat. Tot după Lanteri-Laura, structura cunoașterii semiologice psihiatrice se poate descompune în două niveluri: mai întâi acela al degajării semnelor care se referă la ansamblul modalităților expresive (cum sunt condițiile întâlnirii, formele cererii, contextul cultural) ale pacientului, care trimit la mai multe semnificații posibile. Psihiatrul nu trebuie să rețină decât ceea ce este semnificativ, adică ceea ce se referă la cunoștințele sale semiologice (care depind de învățătura primită de la profesorii săi și de propria sa experiență). Apoi nivelul stabilirii diagnosticului, care se face prin „reducerea progresivă a polisemiei semnelor în sindroame". Diagnosticul devine atunci „semnificantul semnificatului care este bolnavul", uneori cu riscul de a nu fi decât o etichetă.

Acest demers diagnostic este adesea ajutat, în special în manuale ca DSM-III R*, de utilizarea de arbori decizionali, cercetarea procedând etapizat, într-o ordine prestabilită. Fiecare etapă corespunde unei întrebări alese pentru capacitatea sa de a face să avanseze mai repede diagnosticul. Răspunsul la aceste întrebări se face prin „da" sau „nu". Diagnostice parțiale (diagnostic de sindrom și nu diagnostic de maladie, de exemplu „ipohondrie delirantă") pot să apară la un moment dat în arborele decizional. Ele nu sunt necesare pentru demersul diagnotic, dar intervin ca reperaje semiologice. Iar uneori logica dihotomică (enunțarea unei întrebări implicând un răspuns prin „da" sau „nu") este înlocuită printr-un arbore cu alegere multiplă (în acest caz, fiecărui enunț propus îi corespunde un diagnostic și numai unul).

Trebuie însă să suspectăm caracterul reductor al acestei logici decizionale aplicate la psihiatrie. Căci dacă în medicina generală referentul diagnostic rămâne relativ omogen în ceea ce privește etiopatogenia maladiilor somatice, altfel stau lucrurile pentru tulburările mentale. În cazul acestora, referenții nosologici se bazează pe prea multe modele și teorii etiologice diferite ca să poată păstra o anumită omogenitate.

S-ar putea face, de altfel, o analiză structurală a acestor numeroase modalități de cunoaștere semiologică în psihiatrie, în funcție de acești referenți eterogeni. Modalitățile ar deveni la rândul lor elementele unei noi semiologii (în sensul lui Saussure) a practicilor și discursurilor psihiatrice, susceptibilă de a face parte dintr-o psihopatologie* generală care să profite din plin de aceasta.

Bibl.: Barthes, R., *Mythologies*, Éditions du Seuil, Paris, 1957; Greimas, A.J., *La sémantique structurale*, Larousse, Paris, 1966; Guiraud, P., *La sémiologie*, P.U.F., Paris, 1971; Kristeva, J., *Séméiotika, Recherches pour une sémanalyse*, Éditions du Seuil, Paris, 1970; Lanteri-Laura, G., *Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie*, E.M.C., Paris, 1973.

SEMNUL OGLINZII (fr. *signe du miroir*; engl. *mirror sign*). **Tulburare schizofrenică ce implică o alienare a imaginii speculare.**

Noțiune introdusă de școala franceză (T. Abely și A. Delmas) la sfârșitul anilor 1920, când H. Wallon scrie *Les origines du caractère chez l'enfant*. Într-un serviciu psihiatric au fost distribuite oglinzi, iar o

oglindă mare a fost montată într-o baie. În perioada fecundă a psihozei (mai ales schizofrenie), imaginea speculară se modifică pentru subiect, care nu-și mai recunoaște propriul chip. Uneori se asistă la dialoguri între îndrăgostiți sau la dispute conjugale. Unii schizofrenici care trăiesc această stare spun că cel din oglindă le ține companie, pe când alții practică o relație specială cu oglinda, preferând să rămână discreți... Acest „mic semn" al schizofreniei constituie un fel de probă *a contrario* a cercetărilor lui Wallon, iar mai târziu pentru cele ale lui J. Lacan asupra stadiului oglinzii. Acest fenomen al oglinzii constituie, de fapt, o regresie dincolo de stadiul oglinzii ca perioadă structurantă a ființei sau o indicație a modului în care unitatea subiectului (*du „je"*) și apoi a corpului s-a făcut sau s-a desfăcut. Dacă esențialul în acest semn este alienarea imaginii speculare, reținem, de asemenea, rolul impulsiei scopice în acest tip de tulburare, întrucât pacienții pot petrece aproape zile întregi absorbiți de celălalt din imaginar. Astfel, semn și stadiu al oglinzii formează un punct de intersecție între empirismul psihiatric și marile teorii psihologice.→ SCHIZOFRENIE.

Bibl.: Corraze, J., *Image spéculaire du corps*, Privat, Toulouse, 1980; Lacan, J., *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966; Wallon, H., 1934; rééd., *Les origines du caractère chez l'enfant*, P.U.F., Paris, 1987.

SENESCENȚĂ (engl. *senescence, aging*). **Stare care începe la om la sfârșitul vârstei adulte, la ieșirea din maturescență, cu involuția funcțiilor fiziologice și psihologice, ce conduc la îmbătrânire.**

Este un proces biologic normal care, de fapt, se produce începând cu sfârșitul perioadei de creștere, dar care nu devine perceptibil decât atunci când diversele funcții și majoritatea capacităților au suferit un oarecare declin. Termenul final e senilitatea*, considerată patologică d apare relativ repede (de la 70 de ani). C omul care îmbătrânește este condus această ultimă etapă mai mult sau m puțin rapid, în funcție de factori consti ționali sau genetici și în funcție de de riorările morbide, traumatice sau toxice care organismul său le-a putut suferi parcursul existenței. Iată de ce vârsta bă neții variază de la individ la individ, funcție de acești diferiți factori, între 65 85 de ani.

Gerontologia, știința bătrâneții, este de în primul rând diferențială (F. Bourlière) trebuie să studieze deosebirile de senescen ță în raport cu condițiile de viață (sociale, economice, profesionale etc.) și cu factori genetici (biotip, patrimoniu ereditar etc Dar există, de asemenea, pentru un subiec dat, o senescență intraindividuală differen țială: organele și funcțiile sale, aptitudini nu îmbătrânesc în mod egal. Anumite apt tudini se „senilizează" mai repede dec altele. Și la originea acestei îmbătrâniri diferențiale vom găsi, la unul și același in divid, factori dobândiți (de mediu) și înnăs cuți (ereditari), cum bine a arătat S. Pacaud.

Senescența conduce, de fapt, la o diminuare progresivă a marjei de adaptare, pe măsură ce înaintăm în vârstă. Între 20 și 60 de ani, organele noastre sunt astfel făcute încât ele încă mai au un „excedent de putere" considerabil, care face prea puțin sesizabilă acea diminuare progresivă a marjei noastre de securitate. Dimpotrivă, începând cu vârsta de 60 de ani, această marjă se reduce foarte mult și intrăm pe „calea îngustă" a vârstei a treia. Avem aici o consecință fundamentală a îmbătrânirii. Lucrul acesta este lesne de demonstrat din punct de vedere fiziologic dacă, de exemplu, supunem un organism de 70 de ani unui stres care, la 30 de ani, ar fi determinat o reacție minimă. Riscăm în acest caz tulburări grave acolo unde cu câteva decenii mai înainte am fi constatat doar o reacție benignă.

Lucrul acesta este evident și pe plan psihologic. Este bine cunoscut faptul că persoanele în vârstă, pe măsură ce îmbătrânesc, tind să devină din ce în ce mai rigide, din ce în ce mai puțin adaptabile, tot mai puțin deschise la lumea exterioară, tot mai imobile (F. Bourlière). Tocmai această diminuare a posibilităților adaptative va reduce, pe plan psihologic, câmpul de acțiune al subiectului senescent, condiționându-i modificările posibilităților sale fiziologice și psihice.

Inteligența, în măsura în care ea reprezintă tocmai nivelul superior de comportament adaptativ, în special inteligența zisă „de performanță", este cea dintâi lezată de senescență. Este, de altfel, știut că de îndată ce creșterea capacităților intelectuale încetează, în cursul celui de-al treilea deceniu de viață, începe declinul. „Vârsta performanței maximale variază întrucâtva în funcție de testele utilizate, dar rareori se situează dincolo de 25 de ani, iar adesea mult mai devreme. Proporția descreșterii este, de asemenea, variabilă, dar rămâne mereu importantă, performanța medie a subiecților de 60 de ani corespunzând, în general, cu aceea a copiilor de 13 ani. Între 30 și 60 de ani regresia notei [la teste — notă L.G.] cu vârsta pare a fi aproximativ lineară. Mulți autori cred că dincolo de această vârstă declinul nu mai poate fi reprezentat printr-o dreaptă și că el se accelerează de la un an la altul. Cu toate acestea, nu există suficiente studii experimentale la subiecții mai în vârstă pentru a fi confirmată în întregime această noțiune" (J. Poitrenaud).

Unele cercetări au încercat să repereze vătămări mai elective aduse de îmbătrânire unor facultăți mentale zise „pure". Putem cita studiul lui I. Bilash și J.P. Zubek, care, cu ajutorul unor teste, au căutat să aprecieze valoarea următoarelor opt facultăți mentale: înțelegere, raționament, calcul, percepție, elocuție, memorie, reprezentare spațială și dexteritate. Ei au administrat aceste teste la 634 de subiecți voluntari, a căror vârstă varia între 16 și 89 de ani și ale căror profesii erau dintre cele mai diverse, de la avocați, ingineri și cadre didactice până la secretari, muncitori și oameni de serviciu. Iată concluziile lor: în ceea ce privește modificările facultăților intelectuale în general, datorate vârstei, se poate spune că acestea declină progresiv între 20 și 70 de ani; acest declin, care are loc treptat până la 40 de ani, este mult mai rapid după această vârstă. Cât privește modificările unor facultăți specifice, luate separat, cifrele arată că există în realitate două grupe de facultăți: acelea care se modifică foarte puțin în raport cu vârsta (înțelegerea, elocuția, calculul, reprezentarea spațială) și acelea care, dimpotrivă, au un declin rapid (raționamentul, memoria, percepția și dexteritatea manuală).

Dar acest tablou pesimist trebuie atenuat de faptul că subiectul beneficiază din plin de achizițiile sale anterioare. Așa se explică faptul că rămâne posibilă și chiar de dorit activitatea pe plan intelectual. Când trecutul intelectual este bogat, vechile lucrări pot fi încă aprofundate, ameliorate. Mulți filosofi și savanți au putut, până la sfârșitul vieții, să-și perfecteze opera personală. Oameni de litere, romancieri, poeți își redactează adesea, în deplină luciditate, cartea lor de amintiri sau memoriile.

Dacă diminuarea forțelor fizice nu permite decât rareori continuarea unei activități profesionale normale, rămâne totuși

posibilă menținerea anumitor deprinderi tehnice, gestuale. Activitățile artistice sau, la un nivel mai puțin ridicat, acelea de loisir (hobiuri), cum sunt reparațiile făcute în gospodărie, grădinăritul etc., pot continua. Bătrânul poate, de asemenea, continua să se intereseze de activități culturale, folclorice, mutualiste. Timpul său liber îi permite adesea să ocupe aici posturi onorifice, să asigure permanențe și un benevolat de o foarte mare utilitate.

Pe plan pur afectiv, bineînțeles că personalitatea anterioară este aceea care comandă adaptarea. Trebuie știut că unele regresii și atitudini nevrotice însoțesc adesea senescența. Acestea îl pot închide pe bătrân într-un cadru afectiv deosebit de îngust, în care el nu face decât să ceară, nemaicăutând să dea, condamnându-se astfel la o secare progresivă a sensibilității. Dimpotrivă, anumiți bătrâni își păstrează intacte posibilitățile de „tandrețe". Astfel, femeia în vârstă, mai mult decât bărbatul în vârstă, care simbolizează mai degrabă „pentru umanitate solitudinea umană acceptată, cultura dincolo de erudiție, puterea spiritului dincolo de neputința combativă a corpului, femeia, bătrâna înțeleaptă, simbolizează în caducitatea sa fizică acceptarea desfășurării anotimpurilor și a morții: primire deopotrivă a toate, valorizând cu naivitate nimicurile care simbolizează pentru ea bucuria schimburilor inimii, redându-le, prin ceva simplu și grav, bogată în ignoranță și cu slăbiciunea iubirii acceptate, speranța umană a celor pe care îi încearcă disperarea" (F. Dolto, *La libido génitale et son destin féminin).*

Este cert că urmările psihopatologice ale senescenței (despre care nu suntem siguri că se asociază în toate cazurile cu o veritabilă involuție cerebrală) vor fi cu atât mai puțin marcate cu cât subiectul va păstra mai mari posibilități de investire afectivă și socială, conservând numeroase interese culturale. Iată de ce există o veritabilă igienă mentală a senescenței, care va trebui să facă totul spre a împiedica izolarea, retragerea în sine, egocentrismul persoanei în vârstă, permițându-i să continue un mare număr de activități, într-un cadru familial și comunitar în care să poată menține o bună integrare.

Bibl.: Bourlière, F., *Gérontologie, biologie et clinique*, Flammarion, Paris, 1982.

SENILISM (engl. *senilism*; fr. *gâtisme*). **Pierdere a igienei corpului, alimentare și sfincteriene.**

Este o incontinență sfincteriană complexă care se întâlnește în senilitatea extremă și în stări demențiale avansate.→ DEMENȚĂ; SENILITATE.

SENILITATE (engl. *senility*). **Diminuare patologică a facultăților fizice și mai ales psihice, datorită bătrâneții.**

Pe plan psihiatric, urmează presenilității și involuției psihice și va regrupa de fapt întreaga psihopatologie a bătrâneții. Este vorba în primul rând de demențele senile, apoi de procesele delirante tardive: paranoia descrisă de K. Kleist și parafreniile senile; psihozele maniaco-depresive și în special depresiile cronice ipohondriace, de formă pseudodemențială; procesele confuzionale și onirice halucinatorii care însoțesc adesea tulburări ale somnului, atât de frecvente la bătrâni; bruștele decompensări anxioase și confuze, în urma unor reacții emoționale insurmontabile, cum sunt decăderile psihice; în sfârșit, îmbătrânirea cu aspect demențial, numită odinioară vesanică (→ VESANIE), psihoze și schizofrenii cronice ale vârstei adulte, bine descrise de L. Ciompi.

La aceste tulburări psihotice putem adăuga unele nevroze ale bătrânului, care cel mai adesea nu sunt decât forme agravate ale unor afecțiuni nevrotice de care el suferea anterior. Ele pot lua aspectul unei regresii cronice de tip „puerilism senil" (E. Dupré) sau al unei regresiuni acute (G. Daumézon), destul de apropiată de unele decăderi psihice și însoțindu-se câteodată de manifestări isterice.

Trebuie știut că psihiatria bătrânului a căpătat o importanță considerabilă și preocupă mult autoritățile sanitare de când s-a constatat, după cel de-al doilea război mondial, o creștere progresivă a numărului de persoane în vârstă spitalizate în spitale psihiatrice. Evoluția aceasta nu s-a stabilizat decât din 1968, când, în sfârșit, s-a abordat problema prevenirii tulburărilor mentale la bătrâni și s-au adus în acest sens soluții, grație travaliului terapeutic comunitar, cu menținerea cât mai mult timp posibil a persoanei în vârstă la domiciliul acesteia. Lucrul acesta a fost făcut posibil prin politica sanitară de sector psihiatric și crearea de centre de tratament specific gerontopsihiatrice. Dar există încă mult prea mulți bătrâni condamnați la internare pe viață sau la spitalizări definitive în instituții de lung sejur, care nu sunt adaptate stării lor și îi exclud pentru totdeauna de la fostele lor atașamente familiale și sociale. → GERONTOLOGIE; SENILISM.

SENTIMENT DE CULPABILITATE (engl. *sense of guilt*). **Sentiment conștient sau inconștient de vinovăție care, după S. Freud, ar fi forma sub care Eul percepe critica din partea Supraeului.**

Sentimentul de culpabilitate a fost în primul rând pus în evidență de Freud în nevroza obsesională, în care el reliefează revolta Eului contra criticii cu care îl copleșește Supraeul. Acest sentiment poate fi calificat drept „inconștient" în măsura în care subiectul, care îi percepe manifestările sub formă de idei obsedante, ignoră totul asupra naturii dorințelor inconștiente care îl subtensionează. Un loc esențial deține sentimentul de culpabilitate și în melancolie: dar aici instanța critică (sau „conștiința morală"), care este separată de Eu prin clivaj, îi permite subiectului să „ranverseze" asupra propriului Eu reproșurile contra obiectului erotic. Caracterul nevrotic al sentimentului de culpabilitate este legat de imposibilitatea, din partea subiectului, de a depăși problematica oedipiană (Laforgue, Nacht). Cu toate acestea, în cazul unei rezolvări normale a complexului lui Oedip, sentimentul de culpabilitate rămâne în mare parte inconștient, deoarece apariția conștiinței morale este strâns legată de complexul lui Oedip, care aparține inconștientului. Sentimentul de culpabilitate inconștient este unul dintre obstacolele majore întâlnite în cura psihanalitică. Nu există — scrie Freud — mijloc „direct" de a-l combate. Singurul mijloc propriu-zis psihanalitic constă în a-l transforma treptat în sentiment de culpabilitate conștient.

SENTIMENT DE STRANIETATE (engl. *feeling of strangeness*). **Sentiment de indispoziție și de bizarerie în fața unei ființe sau a unui obiect totuși familiar și perfect recunoscut.**

Susținut de o foarte intensă anxietate și de o vătămare a relației cu realul, această alterare a rezonanței afective obișnuite la mediu (sau față de sine însuși, când se asociază cu un sentiment de depersonalizare) se poate întâlni în schizofrenie, în unele stări crepusculare epileptice și în psihastenie (P. Janet).

SEROTONINĂ (engl. *serotonin*). **Neuromediator descoperit în 1933, care există în numeroase țesuturi ale mamiferelor, mai ales la nivelul sistemului nervos central, unde repartiția sa este eterogenă, vecină cu aceea a unui alt neuromediator, noradrenalina.**

Cu toate că sunt puțin numeroși, neuronii serotoninergici intervin la nivelul ansamblului nevraxului. Cel puțin 75% dintre ei sunt localizați în trunchiul cerebral.

Serotonina 5 HT are un trecut filogenetic îndelungat; o regăsim la bacterii, la nevertebrate și, desigur, la vertebrate, de la cele mai primitive la om, trecând prin amfibii.

În afară de funcția sa de joncțiune între neuroni, serotonina are un efect neuromodulator în sistemul nervos central, fiind un veritabil neurohormon local. Asocierea cu alți neuromediatori, în aceleași celule, îi dă multiple posibilități funcționale.

Serotonina se găsește mai ales în intestin, plămâni, în plachetele sanguine. Este o amină biogenă indolică, sintetizată în creier, pornind de la triptofan, aminoacid indispensabil, întrucât serotonina de origine periferică este incapabilă să treacă bariera hematoencefalică. Ea este însă transportată aproape exclusiv de plachete. Este distrusă de o enzimă, monoaminoxidaza, dând acidul 5 hidroxindolacetic.

Fenomenul de recaptare a serotoninei de către neuron este inhibat de antidepresori. Această acțiune, care determină o creștere a concentrației în monoamine, a contribuit la construirea de ipoteze biologice privind stările depresive, în care funcționarea 5 HT ar fi redusă. Unele argumente merg în sensul unei legături între funcționarea serotoninergică diminuată și tentativa de sinucidere, „dar această legătură a fost, de asemenea, raportată în afara unei stări depresive cu agresivitate, impulsivitate. Ipoteza actuală ar fi aceea că serotonina ar interveni în comportamentele fiziologice de inhibiție. Ridicarea acestei inhibiții ar sta la originea trecerii la act".

Sistemul serotoninergic prezintă un ritm circadian: de vârf la ora 13, cu un minimum la ora 23 și la ora 1. Această ritmicitate ar fi îndeosebi responsabilă de reglarea alternanței veghe–somn. Serotonina 5 HT intervine, de asemenea, în controlul transmiterii durerii, în reglarea termică și în reglarea hipotalamică a apetitului.

SERVICIU LIBER (engl. *voluntary ward*). **Procedură de spitalizare a unei persoane care cere de bunăvoie să fie tratată.**

În ceea ce privește bolnavii mintali, legea din 30 iunie 1838 nu prevăzuse decât două modalități de internare în spitalul psihiatric, când importanța tulburărilor se justifica. Pacientul care era obiectul unei asemenea măsuri nu decidea nici asupra intrării și nici asupra ieșirii sale din spital. În 1927, E. Toulouse instituie, la Spitalul Henri-Rousselle din Paris, primul serviciu care primea bolnavi neinternați. Regulamentul-model din 1938 prevede anexarea „la spitalul psihiatric, în clădiri cu totul aparte și prevăzute cu o intrare separată, a unui serviciu deschis destinat tratamentului maladiilor mentale". Astfel considerat, serviciul deschis, adică serviciul liber, era conceput ca un serviciu anexat la spitalul psihiatric și nesupus în acest caz legii din 1838. Cu timpul, spitalizările în serviciul liber s-au multiplicat, așa încât până la abolirea legii din 1838, în 1990, cuprindeau mai mult de 90% dintre bolnavii admiși la serviciile de psihiatrie. Prin *serviciu liber* înțelegem, o dată cu legea din 27 iunie 1990, tot ceea ce se raportează la o spitalizare neforțată, oricare ar fi stabilimentul sau serviciul, fie el public sau privat.

Cu excepția unor cazuri speciale, spitalizarea are loc în localuri în care nu se face nici o deosebire între pacienții admiși conform unor regimuri juridice diferite.

Spitalizarea este decisă de director, pe baza avizului unui medic sau al unui intern al stabilimentului. Pacientul intră aici absolut de bunăvoie și iese atunci când medicii îl consideră vindecat sau îndeajuns de ameliorat. În caz de dezacord, subiectul poate ieși împotriva avizului medical, semnând o descărcare de responsabilitate.

SEVRAJ (engl. *withdrawal*; fr. *sevrage*). **Încetare accidentală sau voluntară a luării drogului de către un toxicoman.**

Sindromul sevrajului („lipsa" toxicomanilor) este constituit din manifestări fizice și psihice legate de oprirea luării drogului: după substanța în cauză, manifestările vor fi diferite, atât pe plan fizic, cât și psihologic.

Sindromul sevrajului (înțărcării) este un corolar al adaptării organismului la efectele unui drog. Manifestările sevrajului sunt deci opuse acelora ale produsului în cauză. În cazul opiaceelor, care sunt calmante și anestezice, sevrajul va determina o angoasă puternică, dureri difuze etc.

Cura de sevraj („decroșajul") este un sevraj ferm. → CURĂ DE DEZINTOXICARE; FARMACODEPENDENȚĂ; STARE DE LIPSĂ.

SEXUALITATE (engl. *sexuality*). **1) Ansamblu de fenomene sexuale sau legate de sex, pe care le putem observa în lumea vie. 2) Ansamblu de diverse modalități de satisfacție sexuală.**

Gonocorismul sau separarea sexelor presupune nu numai diferențierea germenului, ci și pe aceea, mai mult sau mai puțin marcată, a somei; individul mascul și individul femelă din aceeași specie se disting prin caractere sexuale diferite.

1) Caracterele sexuale primare înglobează toate organele legate direct de producerea, emisiunea și schimbul de gameți. Ele cuprind deci gonadele, tractusurile genitale, organele de acuplare, care se formează înainte de perioada de maturitate sexuală (pubertate).

2) Caracterele sexuale secundare sunt caractere somatice care au raporturi variabile cu formația genitală. Ele se dezvoltă numai la pubertate și sunt signaletice pentru maturitatea sexuală (dezvoltarea sânilor, creșterea bărbii etc.). Sunt fie permanente și responsabile de dimorfismul sexual, fie tranzitorii, nemanifestându-se doar în perioadele de reproducție, care coincid cu fenomenul rutului.

SHOOT → ÎMPUȘCĂTURĂ.

SIMETRIE (engl. *symmetry*). **Modalitate de interacțiune în care, într-o diadă, comportamentul unui partener îl completează pe al celuilalt și se definește ca un ecou, fiind similar cu al său.**

Simetria este o egalitate aflată la originea unor comportamente ca în oglindă. această formă de reciprocitate se opune unei alte forme de reciprocitate: *complementaritatea*. Simetria are uneori ca efect amplificarea ei însăși în comportamentele similare. G. Bateson a observat că lăudăroșenia membrilor unui clan sporește lăudăroșenia membrilor altui clan. În unele cazuri se vorbește de o escaladă, „cursa înarmărilor" constituind în acest sens un

exemplu edificator. Într-o terapie familială, pacientul, cuplul etc. pot să înceapă a rivaliza cu intervenienții, aceștia putând și ei să reacționeze cu stângăcie. → COMPLEMENTARITATE.

SIMPTOM (engl. *symptom*). **Fenomen subiectiv care, pentru psihanaliză, constituie nu semnul unei maladii, ci expresia unui conflict inconștient.**

Pentru S. Freud (1892), termenul *simptom* capătă un sens radical nou începând din momentul în care, datorită isteriei, el poate afirma că simptomul de conversie isterică, în general considerat simulare, devine pantomimă a dorinței inconștiente, expresie a elementului refulat. Pentru a se explica faptul că ceea ce este traumatic se menține în amintire, este necesar să se arate că simptomul psihopatologic este expresia unei îndepliniri a dorinței și că realizarea unei fantasme inconștiente servește la împlinirea acelei dorințe. În acest caz simptomul este o întoarcere a unei satisfacții sexuale de mult refulate, dar și o formațiune de compromis, în măsura în care refularea se exprimă și în el.

Tocmai asupra formațiunii de compromis vor insista postfreudienii. J. Lacan începe în 1958 prin a afirma că simptomul „merge în sensul unei dorințe de recunoaștere, dar această dorință rămâne exclusă, refulată". Privind realul ca angajat într-o relație ieșită din comun cu simbolicul și imaginarul, Lacan subliniază că simptomul nu este decât semnul unei disfuncții organice, în același fel în care simptomul funcționează în mod normal pentru medic și știința sa medicală și nimic mai mult: „el vine din Real, el este Realul".

Precizându-și ideea, el explicitează că „simptomul este efectul simbolicului în real". În 1975, el adaugă că simptomul este ceea ce au oamenii mai real. Nu prea având de-a face cu imaginarul, simptomul nu este un adevăr care depinde de semnificație. Dacă el este „natura proprie realității umane", cura nu poate în nici un caz consta în eradicarea simptomului ca efect al structurii subiectului. În acest sens, el nu poate, de altfel, să fie disociat de celelalte inele ale nodului borromean propus de Lacan spre a-și prezenta doctrina: realul, simbolicul și imaginarul. Unele simptome au, ca la J. Joyce, asupra căruia a meditat Lacan, o funcție de proteză. Dacă imaginarul se derulează la încrucișarea simbolicului și realului, este posibilă înnodarea lui la acestea, spre „a evita" acel derapaj: este al patrulea inel din nod, care îi procură lui Joyce, de exemplu, un Eu de substituție, o proteză, care este tocmai activitatea lui de scriitor.

De altfel, Lacan ajunge la ipoteza unui nod care ar cuprinde de la bun început patru termeni: al patrulea inel, care și aici este definit ca simptom, este în relație atât cu complexul lui Oedip, cât și cu Numele-Tatălui (*Séminaire „Le sinthome"*, 1975–1976). Cu toate acestea, așa cum subliniază Lacan în *Conférences et entretiens* (1975), avem tot dreptul să ne așteptăm ca o cură psihanalitică să ducă la dispariția simptomelor: dar este, oare, cu adevărat prudent să suprimăm folosirea celui de-al patrulea inel?

„Nevroticii trăiesc o viață dificilă și noi încercăm să le ușurăm inconfortul... O analiză nu trebuie împinsă prea departe. Când analizantul crede că este fericit că trăiește, este de ajuns", scrie Lacan (*Conférences et entretiens*). O separare de obiectul erotic, de exemplu printr-o interpretare sălbatică, mai ales dacă este justă, poate fi de-a dreptul catastrofală. Iată de ce, deși în termeni metaforici și contradictorii, Lacan a creat termenul de *sintom (sinthome)* pentru a desemna cel de-al patrulea inel al nodului barromean și pentru a semnifica faptul că simptomul trebuie să „cadă", ceea ce subînțelege etimologia sa, și că sintomul (vechea grafie a simptomului) este ceea ce nu cade, dar care se modifică, se schimbă pentru a rămâne posibile juisanța, dorința. → SEMIOLOGIE.

SIMULARE (engl. *feigning*). **Invocare de tulburări inexistente, cel mai adesea în căutarea de beneficii secundare.**

Trebuie făcută distincția între simulare și isterie, afecțiune care realizează în mod inconștient simptome fără substrat lezional. J.M. Charcot considera că istericul este un simulator. J. Babinski, ceva mai târziu, a creat conceptul de pitiatism, pentru a prezenta isteria ca pe o afecțiune vindecabilă prin sugestie. Simularea a fost multă vreme în mod preferențial penitenciară: automutilare voluntară, ingestie de corpuri străine, într-un scop utilitar. Apariția legislației referitoare la accidentele de muncă, apoi la războiul din 1914–1918 va extinde progresiv situațiile de căutare intenționată de beneficii: întreruperi ale muncii, perceperea de pensii, de despăgubiri, evitarea trimiterii pe front, a serviciului militar etc. În unele cazuri, leziunile sunt absolut reale, dar ele sunt prezentate ca maladie, deși au fost provocate în mod voluntar; se vorbește în acest caz de patomimie. Dar în aceste cazuri căutarea unui beneficiu este mai puțin clară și poate fi vorba de acte compulsive pe care subiectul nu și le poate înfrâna.

Simularea poate lua și forma disimulării: de exemplu, individul se va preface că ignoră tulburările anterioare unui accident, în scopul de a percepe o despăgubire din partea unui organism (companie de asigurare, securitate socială, tribunal). Simularea recurge la simptome realmente existente, pe care subiectul le utilizează spre a obține beneficii secundare: vorbim în acest caz de suprasimulare. Este totuși dificil să deosebim clar procesele conștiente de procesele inconștiente, ele fiind extrem de întrețesute. Oricum, niciodată nu simulăm decât ceea ce suntem (Ch. Lasègue).

SINAPSĂ (engl. *synapse*). **Zonă de îngustă juxtapunere între doi neuroni, în care activitatea unuia determină excitația sau inhibiția celuilalt.**

Există în medie 40 000 de sinapse pentru o celulă din cortexul cerebral și 100 000 pentru o singură celulă Purkinje din cortexul cerebelos.

Noțiunea de sinapsă se extinde la zona de articulație dintre un neuron și un mușchi (joncțiune neuro-musculară) sau dintre un neuron și o glandă (joncțiune neuro-glandulară). Un spațiu separă neuronul presinaptic, care exercită acțiunea, de neuronul postsinaptic, care o suferă. După natura elementelor în prezență, distingem sinapse axo-somatice, axo-dendritice și axo-axonice. Oricare ar fi tipul de articulație, transmisia semnalului nervos (potențial de acțiune) este polarizată: ea se efectuează de la neuronul presinaptic spre neuronul postsinaptic.

Sinapsa reprezintă un spațiu de comunicare între elemente excitabile. La vertebrate o mediere chimică asigură transmiterea mesajului. Sosirea influxului la extremitatea axonului neuronului presinaptic declanșează eliberarea unui neuromediator (sau neurotransmițător) conținut în vezicule. Actualmente se cunosc mai multe zeci de substanțe neuromediatoare (exemple: acetilcolină, adrenalină, noradrenalină, dopamină, serotonină, GABA, neuropeptide). Neuromediatorul trece spațiul sinaptic și se fixează pe un receptor situat la

suprafața elementului postsinaptic. Această fixare determină o depolarizare sau o hiperpolarizare locală și graduată a membranei postsinaptice, care corespunde unui potențial postsinaptic excitator (P.P.S.E.) sau, respectiv, inhibitor (P.P.S.I.) Date recente indică, pe de o parte, că unul și același neuron eliberează uneori mai mulți neuromediatori, și că, pe de altă parte, se disting două tipuri de comunicații interneuronale: unul face să intervină neuromediatori „clasici", altul implicând neuromodulatori și neurohormoni. Intrarea în joc a neuromodulatorilor va putea, de exemplu, să amplifice sau să prelungească răspunsul produs de neuromediatori. Neurohormonii au drept caracteristică o acțiune la distanță. După modul ei de intervenție, una și aceeași substanță va fi considerată un neurotransmițător „clasic", un neuromodulator sau un neurohormon.

Numeroase substanțe farmaceutice mimează efectul neurotransmițătorului sau îl antagonizează, în așa fel încât modificări de echilibru ionic intracelular pot influența transmiterea influxului.

SINCINEZIE (engl. *syncinesia*). **Mișcare involuntară care însoțește, în mod inconștient și nenecesar, o acțiune voluntară.**

Sincineziile sunt frecvente la copiii mici: adesea vedem copii care scot limba când fac un efort. Distingem mai multe feluri de sincinezii. Vorbim de mișcări în oglindă atunci când iradierea motorie este observată în mod simetric la membrul controlateral, și de mișcări asociate atunci când iradierea motorie este observată în altă parte. De exemplu, dacă le cerem unor copii mici să meargă pe călcâie sau pe vârful picioarelor, observăm în mod tipic mișcări asociate ale mâinilor. Numărul și intensitatea sincineziilor scad în mod normal în cursul primului deceniu de viață, la vârste care variază de la o sincinezie la alta. Sincineziile sunt mai frecvente și mai pronunțate la copiii hiperactivi și la cei care suferă de tulburări ale învățării, ceea ce face din ele un indice al nivelului de maturație.

SINCOPĂ PSIHICĂ (engl. *psychic failure*). **Episod anxios și confuzional acut care survine la bătrân în urma unui eșec de adaptare la o situație nouă.**

Descrisă de J. Postel, în 1958, la bătrâni care nu au putut suporta o bruscă schimbare de mediu (spitalizare pentru o afecțiune intercurentă, mutare, internare la azil de bătrâni etc.), prin analogie cu sincopa cardiacă, această decompensare psihică își poate găsi semnificația, dintr-o perspectivă organodinamică, în modelul reacției la catastrofă. Neurologul german K. Goldstein a arătat, într-adevăr, că asemenea reacții se produc la cei cu foste leziuni la creier (amputați cerebrali) în fața unei situații stresante pe care nu o pot surmonta. La fel, persoanele în vârstă, cu posibilități de adaptare diminuate, nu pot face față unor asemenea situații și reacționează la ele în mod catastrofic, cu criză anxioasă și confuzională, asociată uneori cu tulburări neurovegetative grave.

SINDROM ASPERGER (engl. *Asperger's syndrome*). **Formă minoră de psihoză infantilă autistă, fără afectarea limbajului, descrisă în 1944 de către psihiatrul austriac Hans Asperger.**

Este un sindrom — a cărui validitate nosologică rămâne incertă — caracterizat de o alterare calitativă a interacțiunilor sociale reciproce, similară cu aceea observată în autism, asociată cu un repertoriu de interese și de activități restrâns, stereotip și repetitiv. Se deosebește de autism îndeosebi prin faptul că nu se însoțește cu un deficit sau tulburare de limbaj sau de dezvoltare cognitivă. Subiecții care suferă de acest sindrom sunt, de obicei, foarte neîndemânatici. Tulburările persistă adesea la adolescență și uneori se pot asocia cu episoade psihotice la începutul vârstei adulte.

SINDROM CEREBELOS (engl. *cerebellar syndrome*). **Ansamblu de semne clinice care manifestă o vătămare a cerebelului sau a căilor cerebeloase.**

Sindromul cerebelos se manifestă mai ales prin tulburări în executarea mișcărilor, ceea ce face ca gestul să fie incoordonat (ataxic). Ataxia cerebeloasă este în principal datorată unei hipotonii a extensorilor, unei tremurături în timpul executării mișcării, unei lipse de energie în contracție (astenie) și deficitului de ajustare a amplitudinii gesturilor (dismetrie).

SINDROM COTARD (engl. *Cotard's syndrome*, numit și *end of the world psychosis*). **Formă de melancolie delirantă în care intră numeroase idei de negare.**

În forma sa generală, sindromul Cotard (sau „delirul negării organelor") cuprinde următoarele semne: îngrozitoare anxietate interioară, gemete, stupoare, ipohondrie, autoacuzare, automutilare, suicid, halucinații vizuale, negarea unor organe (bolnavii susțin că nu mai au creier, că nu mai au stomac, inimă etc.), sentimentul de a fi mort sau de a nu putea muri, sentimentul aneantizării (lumea, familia, părinții etc. nu mai există), spaime, insuportabilă „durere morală". Sentimentul culpabilității îl poate face pe subiect, de exemplu, să meargă la poliție spre a „mărturisi" crime imaginare sau cunoscute din ziare. Forma zisă „pură" a acestui sindrom cuprinde trei elemente: negarea de organe, sentimentul imortalității (negarea timpului îi conferă o valoare cu totul deosebită) și negarea lumii.

SINDROM DOWN → TRISOMIE 21 SAU MONGOLISM.

SINDROM ELPENOR (engl. *Elpenor's syndrome*). **Stare crepusculară subconfuzională, cu dezorientare spațială și automatisme psihomotorii, care apar cu ocazia unei treziri incomplete dintr-un somn profund (adesea provocat de un exces de alcool sau de absorbția unor medicamente hipnotice).**

Descris de M. Logre (1936) și numit astfel în memoria marinarului lui Ulise, care a murit căzând în timpul somnului de pe acoperișul casei vrăjitoarei Circe, acest sindrom ar corespunde perturbărilor ritmului veghe/somn. Nu trebuie confundat nici cu o criză de epilepsie, nici cu un acces de somnambulism.

SINDROM FRONTAL (engl. *frontal syndrome*). **Ansamblu de tulburări provocate de vătămarea regiunii prefrontale a creierului.**

Este vorba de tulburări ale atenției, care fac dificilă achiziția de date noi; tulburări timice care constituie clasica moria frontală, cu dispoziție expansivă, euforie prostească și puerilitate a discursului; tulburări ale activității psihomotorii, cu pasivitate, indiferență, dezinteres, stereotipii și perseverații; tocirea autocriticii și a simțului moral, ceea ce determină o dezinhibare instinctuală, cu hiperoralitate și bulimie*, uneori cu atentate la pudoare și delicte cu consecințe medico-legale; în

sfârșit, tulburări neurologice extrem de variate (grasping-reflex, tulburări de echilibru cu ataxie, anosmie*, hipertonie extrapiramidală, deviație conjugată a capului și a ochilor din cauza vătămării oculomotorii) și tulburări neurovegetative diverse, toate aceste din urmă tulburări mărturisind o extensiune posterioară a leziunilor cerebrale. Acestea pot fi de ordin tumoral (gliom, meningiom, metastaze), vascular (ramolisment al teritoriului arterei cerebrale anterioare), traumatic și, îndeosebi, degenerativ. În acest caz avem de-a face cu boala Pick*, demență presenilă a cărui debut se caracterizează printr-o vătămare localizată în regiunea prefrontală.

SINDROM GANSER (engl. *Ganser syndrome; balderdash syndrome* sau *past the post answers*). **Formă de tulburare isterică manifestată prin răspunsuri anapoda, acte alandala, halucinații vizuale, toropeala conștiinței, tulburări mnezice pronunțate (subiectul nu-și poate aminti propriul său nume), incapacitate de a utiliza cunoștințele însușite și, în sfârșit, dezorientare temporo-spațială.**

După psihiatrul S.J.M. Ganser (1853–1931), acest tablou poate fi rezultatul unei traume și poate cuprinde semne somatice variate. Esențialul sindromului se articulează în jurul reacției „a nu vrea să știi" și a faptului că istericul răspunde în direcția întrebării, fără a putea da răspunsul corect; în unele cazuri se observă o dezorganizare temporară a filiației: o mamă, de exemplu, își dă numele celei de a doua fiice a ei. Perturbările memoriei acoperă parțial sau total perioada tulburării, pacientul fiind adesea surprins când află care a fost comportamentul său anterior. Mecanismele mentale subiacente, în acest sindrom, sunt inseparabile de isterie, iar descrierea clinică făcută de Ganser, care a lucrat la închisoarea din Halle, este perfect compatibilă cu starea hipnoidă și contravoința descrise de J. Breuer și S. Freud în anii 1893–1895. → CONTRAVOINȚĂ; ISTERIE; STARE HIPNOIDĂ.

SINDROM KLINEFELTER (engl. *Klinefelter's syndrome*). **Aberație cromozomică cu cariotip formula XXY, relativ frecventă la băiat (1,5/1000 de copii de sex masculin).**

Această aberație cromozomică (disgonosomie) poate provoca o arierație mentală ușoară, o creștere exagerată în înălțime și un hipogonadism (atrofie testiculară care face ca subiectul să fie steril). Se semnalează și tulburări psihopatice care pot merge până la delincvență, precum și tulburări schizofrenice, fără certitudinea că ele sunt consecința directă a disgonosomiei.

SINDROM MÜNCHHAUSEN (engl. *Münchhausen's syndrome*). **Sindrom înrudit cu patomimia, caracterizat de tendința de a solicita mereu operații chirurgicale, subiectul plângându-se de tulburări organice diverse și justificând aceste operații în fața unor chirurgi naivi sau interesați, care acceptă să intervină.**

Bolnavii prezintă, întocmai ca aventurierul fanfaron care a fost baronul von Münchhausen (zis „de Crac", în franceză), numeroase cicatrici de pe urma operațiilor (uneori cu zecile), cerând întruna noi intervenții. Ei sunt, în general, mitomani și lăudăroși, uzurpând adesea o falsă identitate și ducând o existență marginală și instabilă. Pot fi delincvenți, toxicomani, utilizându-i pe medici și spitalele pentru a li se prescrie antalgice și opiacee sau pentru a fi operați de urgență. Personalitatea și

comportamentul lor se încadrează în isterie*. Evoluția, în cazurile cele mai grave, poate merge până la o psihoză delirantă ipohondriacă veritabilă (N. Rousselet). → PATOMIMIE.

SINDROM PARIETAL → LOB CEREBRAL.

SINDROM POSTCOMOȚIONAL (engl. *postconcussion syndrome*). **Sindrom neuropsihiatric care survine în urma unui traumatism cranian, marcat prin proporțiile simptomatologiei subiective.**

P. Marie a individualizat acest sindrom în 1916, la foști răniți de război, cu plăgi la cutia craniană. Multă vreme s-a vorbit de un *sindrom subiectiv al craniotraumatizaților*, nici o leziune obiectivă nevenind să sprijine tulburările. Actualmente este de preferat abandonarea expresiei *sindrom subiectiv*, pentru a o substitui pe aceea de *sindrom postcomoțional*. De fapt, traumatismul cranian trebuie considerat din perspectiva unei duble dimensiuni: șoc fizic și șoc psihoafectiv. În ceea ce privește șocul fizic, numeroase cercetări au pus în evidență microleziuni cerebrale care uneori se exprimă printr-o simptomatologie clinică ușoară (discretă asimetrie a reflexelor, a tonusului muscular etc.).

Traumatismul psihic constă dintr-o reacție intensă la situație, trăită ca angoasantă și care trimite la o imagine de moarte iminentă.

În această dublă accepție, *sindromul postcomoțional* realizează, la mai multe săptămâni după traumatism, un tablou clinic destul de stereotip. Găsim aici, în mod cvasiconstant, cefalee, tulburări de echilibru și senzații de vertij, fatigabilitate și intoleranță la zgomote; există, pe de altă parte, tulburări ale eficienței intelectuale, tulburări ale somnului, caracteriale și de dispoziție.

Evoluția sindromului postcomoțional nu ascultă de nici o lege; cu toate acestea, majoritatea tulburărilor se estompează după un an și dispar după doi ani. Evoluția se poate face însă și către o organizare nevrotică a personalității, făcând să intre în joc personalitatea anterioară a subiectului, ca și interacțiuni care se stabilesc între rănit și anturajul acestuia. Dacă este de acordat o despăgubire pentru daună corporală, aceasta poate fi luată în considerare în două moduri:

– despăgubire rapidă, înainte de „consolidarea" tulburărilor, pentru a se evita o nevrotizare;

– așteptarea timp de 12–18 luni, pentru a despăgubi tulburări „consolidate", dar cu riscul cronicizării acestora.

SINDROM RETT (engl. *Rett's syndrome*). **Întârziere a dezvoltării mentale, care apare în cursul celui de al doilea an de viață la copil, individualizată pentru prima oară în 1966, cu o etiologie încă necunoscută.**

Acest sindrom, descris până în prezent exclusiv la fete, se caracterizează printr-o dezvoltare inițială aparent normală, urmată de o pierdere parțială sau totală a limbajului, a mersului, a folosirii mâinilor, asociate cu o încetinire a creșterii craniene. Survine, de obicei; între 7 și 24 luni de viață. Pierderea mișcărilor voluntare ale mâinilor, mișcările stereotipe de torsiune a mâinilor și hiperventilația sunt caracteristice. Dezvoltarea socială și dezvoltarea jocului se opresc, pe când interesul social, de obicei, se păstrează. O ataxie a trunchiului și o apraxie se manifestă începând cu vârsta de patru ani, urmate adesea de mișcări coreoatetozice.

Această afecțiune determină aproape întotdeauna o întârziere mentală severă, cu crize epileptice destul de frecvente. O stare de zăcere la pat și spastică se instalează, în general, la adolescență, ducând la pierderea oricărei autonomii.

SINDROMUL GLISĂRII (fr. *syndrome du glissement*). **Ansamblu de tulburări somatice și psihice care apar la un bătrân fragil, dar încă bine adaptat, în urma unui accident în viața cotidiană sau în urma unei afecțiuni intercurente adesea benigne.**

Debutul se manifestă printr-o astenie, pierderea apetitului și înrăutățirea stării generale, cu slăbire și deshidratare. La început doar extracelulară, deshidratarea devine în scurt timp globală, ducând la diminuarea volumului sângelui (hipovalemie), hipotensiune arterială și insuficiență renală. Adesea în acest caz apare o stare confuzo-onirică, cu o anxietate extrem de puternică, de același tip ca în sincopa psihică*.

Trebuie instituit un tratament de urgență care să restabilească o hidratare normală și un bun echilibru electrolitic. Rămâne totuși pericolul trecerii la o stare grabatară (zăcere la pat) cu aspect demențial. Iată de ce reanimarea inițială va trebui completată de o susținere psihologică, o realimentare progresivă controlată de dietetician, o reeducare funcțională, cu kineziterapie, dacă este necesar, și o reinserție rapidă în mediul familial, ori de câte ori este posibil.

SINEA (engl. *self*). PSIHAN. **La M. Klein, ansamblu de sentimente și de impulsii ale întregii personalități, spre deosebire de Eu, care se referă la structura personalității.**

Când obiectul se clivează în bun și rău, la fel se întâmplă și cu Sinea, ale cărei diferite părți pot astfel să intre în conflict.

PSIHIATR. **Pentru școala de la Palo Alto, Eul individului, în măsura în care se caracterizează prin identitatea și autonomia sa, dotându-se cu valori și contravalori.**

În ecosistemul familial, Sinea se constituie prin referință la mitul familial și, după Murray Bowen, prin procesul de *diferențiere a Sinei**.→ SELF.

SINISTROZĂ (engl. *sinistrosis*). **Delir de revendicare referitor la un prejudiciu suferit, delir care survine pe fondul unei structuri mentale de tip paranoid.**

E. Brissaud a fost acela care a descris primul, în 1908, această afecțiune. Este vorba de apariția, la răniții vindecați, a convingerii sincere că au dreptul la o despăgubire pentru prejudiciul pe care l-au suferit. Ar avea de-a face, crede acest autor, cu un delir rațional clădit pe o idee falsă, nondelirantă. Dacă sinistroza autentică este rară, dimpotrivă în mod frecvent se observă, în cursul unor nevroze posttraumatice, existența unor atitudini caracteristice sinistrozei.

SINUCIDERE (engl. *suicide*). **Actul prin care un individ își provoacă el însuși moartea.**

Sinuciderea este fie un act rațional, executat în funcție de considerente morale, sociale, religioase, filosofice sau personale, fie, dimpotrivă, un act patologic, care în cazul acesta survine în cursul evoluției a diverse afecțiuni mentale (depresie, delir cronic, demență, confuzie etc.) sau al unei crize existențiale acute, sub forma unui raptus anxios autoagresiv, raptus foarte diferit de sinuciderea premeditată a unor melancolici sau deliranți.

Acest act poate avea trei funcții diferite. Sau este vorba de evitarea, de fuga de o situație inacceptabilă sau prea dureroasă (sinuciderea unor canceroși, de exemplu); sau este o veritabilă conduită autoagresivă, prin întoarcerea contra propriei persoane a unei agresivități intense (cazul depresiei melancolice); sau este un apel la ajutor, un fel de mesaj disperat adresat unui anturaj considerat prea indiferent sau ostil. În acest din urmă caz, fără îndoială cel mai frecvent, este vorba uneori doar de o tentativă de sinucidere, mai mult sau mai puțin spectaculară, care se însoțește de un apel la semen, pentru ca el să intervină. Dar dacă această intervenție se lasă așteptată sau dacă mesajul nu a fost transmis, tentativa se realizează ca urmare a faptului că ajutoarele nu au sosit la timp, ca în numeroasele cazuri de intoxicare medicamentoasă în care „Salvarea" ajunge prea târziu.

O recentă cercetare a I.N.S.E.R.M., condusă de F. Davidson și A. Philippe, a arătat că în Franța sinuciderea este actualmente responsabilă de aproape 12 000 de decese anual, adică depășește accidentele de automobil; iar de câțiva ani (1975) pare în creștere, îndeosebi la bărbați și la tineri. Problema șomajului este aici abordată foarte riguros, printr-o analiză a corelațiilor. Diferitele corelații statistice nu permit, totuși, demonstrarea unei relații pozitive în cazul bărbaților (evoluția șomajului nu este un factor predictiv al suicidului masculin). În schimb, pentru populația feminină, evoluția proporției șomajului ar putea fi predictivă. Solitudinea rămâne, în orice caz, unul din factorii cei mai importanți. Solitudinea se asociază, în general, cu un sentiment de respingere, mai ales la populația feminină. Faptul acesta corespunde, la urma urmei, primelor cercetări efectuate de É. Durkheim, care în 1897 constată că numărul sinuciderilor creștea în funcție de slăbirea legăturilor sociale și de izolarea socială. Aceasta din urmă stă, în mod cert, la originea a numeroase sinucideri, iar cazul Veronique Le Suen, o tânără speologă în vârstă de 33 de ani, care a fost găsită moartă în automobilul ei, după ce a înghițit o mare doză de barbiturice, este aproape o ilustrare experimentală în această privință: ea tocmai petrecuse 111 zile singură, în fundul unei peșteri, de unde ieșise destul de răvășită.

Mai ales la extremitățile vieții sinuciderea a devenit mult mai frecventă decât odinioară. La adulții tineri și la adolescenți, fenomenul suicidar a luat proporții neliniștitoare în Franța, de un deceniu încoace. Adultul tânăr se va sinucide adesea în fața eșecului, a imposibilității de a se insera pe plan social și profesional, confirmând fraza scriitorului Drieu La Rochelle: „sinuciderea este un act, actul celor care nu au putut săvârși alte acte" (*Le feu follet*). Acest act de disperare se realizează adesea în cadrul comportamentului toxicomaniac, supradoza finală încheind o traiectorie suicidară progresivă. La adolescent, adesea despărțirile de mediul familial, primele rupturi sentimentale sunt cele care provoacă sinuciderea sau, mai des, tentativa de sinucidere.

Sinuciderea este extrem de frecventă și la persoanele în vârstă. Aproape 30% dintre sinucigașii din Franța au peste 60 de ani. Dacă unele cazuri țin de o patologie psihiatrică evidentă (stare demențială, melancolie presenilă sau senilă), de cele mai multe ori fiind vorba de consecința unei crize existențiale, de expresia unei stări nevrotice ale cărei mecanisme de apărare sunt depășite, sau de o stare depresivă

reacțională, care survine în decursul unui eveniment dureros, al cărui impact afectiv este intensificat de deficitul potențialului intelectual și organic al senescenței, ca și de condițiile deficitare ale vieții sociale. Sinuciderea are, în general, sensul unui act de eliberare dintr-o situație socotită penibilă, dureroasă și mai ales de nemodificat (Th. Lemperière).

Sinuciderea colectivă are, de asemenea, o anumită frecvență. Îndrăgostiții care, ca Romeo și Julieta, se omoară împreună, sunt destul de frecvenți în Japonia. Cât privește infanticidul, precedă adesea sinuciderea mamelor melancolice, care doresc astfel să-și ducă cu ele în moarte progenitura, pentru a o salva de o situație pe care o cred, în delirul lor, disperată. Poate exista un pact încheiat între două persoane, care se angajează să moară împreună. Câteodată unul din cei doi candidați îndură dureri de nesuportat, iar celălalt nu mai are puterea să asiste la martirajul său și nici curajul de a supraviețui. Se întâmplă, de asemenea, ca amândoi să aspire la moarte. În general, decizia este luată dintr-o dată, de comun acord. Fără ca nimeni să le bănuiască secretul, cei interesați își iau în liniște și cu obstinație măsurile macabre cu atâta minuțiozitate încât foarte rar proiectul lor eșuează. Este adesea cazul unor cupluri de bătrâni care decid să-și sfârșească împreună zilele, cum au făcut, în 1983, A. Koestler și soția sa. Există, în sfârșit, mari sinucideri colective, provocate de o veritabilă contagiune mentală, pornind de la unul sau doi lideri, într-un fel de transă sau de stare hipnotică generalizate: este exemplul dramatic al sinuciderii colective a unei secte religioase de origine nord-americană, în 1978, în Guyana.

Pe planul unei teorii patogenice a sinuciderii se rămâne la două mari ipoteze: aceea a anomiei, a lui Durkheim, descrisă mai sus, și aceea a lui S. Freud, pentru care sinuciderea ar fi finalmente o formă de omucidere: „Nimeni — scrie el — nu este probabil în stare de a găsi energia psihică de a se omorî, în afară de cazul în care începe prin a ucide pe cineva cu care s-a identificat." Dintre variante, putem cita teoria lui K. Menninger potrivit căreia sinuciderea ar exprima în același timp dorința de a muri, dorința de a comite actul omorului și dorința de a fi ucis. Nici una din ele nu poate pretinde că exprimă întregul adevăr. Teoria anomiei permite sesizarea marii proporții de văduvi și de persoane divorțate în rândul sinucigașilor, dar nu explică de ce numai unii văduvi se sinucid, pe când ceilalți nu o fac. O proporție ridicată de sinucideri poate fi rezultatul conjuncției mai multor factori. Trebuie să admitem că fenomenul suicidar este aproape întotdeauna reflectarea unei interacțiuni între factori sociali și factori personali (J. Cohen). Numai cunoașterea acestor factori diferiți permite o bună prevenire a sinuciderii, punând la lucru toate mijloacele necesare pentru a-i diminua frecvența. Se pune, de asemenea, problema *postvenției*, adică a prevenirii recidivei după o tentativă zădărnicită, deoarece trebuie ținut seama de „sinucigașii recidiviști" (F. Davidson), din ce în ce mai numeroși, mai ales în populația feminină. În special pe aceștia trebuie să găsim timpul să-i ascultăm și să-i ajutăm. Clasicele cuvinte bune, adică propozițiile conformiste și superficiale nu aduc nici o alinare apreciabilă, ba chiar accentuează izolarea disperatului. La fel stau lucrurile cu argumentele de disuasiune ca: „A te sinucide este o lașitate, gândește-te la părinții sau la copiii tăi." Orice reproș este de exclus, nemanifestând decât neliniște

celui care îl proferă. *In extremis*, eșuează cei care mai mult vorbesc decât ascultă. „Căci sinuciderea unei persoane se inseră în dialectica disperării sau durerii sale: tocmai această istorie personală, singulară, unică se cuvine înainte de toate să știm să o ascultăm" (*Le suicide et sa prévention*, broșură a Ministerului Sănătății Publice și Securității Sociale).

Bibl.: Cohen, J., „Les formes de suicides et leur signification", *Triangle*, 6, 8 (déc. 1966), pp. 277–284; Davidson, F., Philippe, A., *Suicides et tentatives de suicide aujourd'hui*, Doin, Paris, 1988; Menninger, K., *Man against himself*, Harcourt, New York, 1928; Olinda-Weber, S., *L'acte suicide*, Hommes et Groupes, Paris, 1988.

SISMOTERAPIE (engl. *sismotherapy*). **Terapeutică a unor tulburări mentale bazate pe folosirea electroșocului.** → CONVULSIVOTERAPIE; ELECTROȘOC.

SISTEM LIMBIC (engl. *limbic system*). **Ansamblu de structuri telencefalice corticale și subcorticale, vechi din punct de vedere filogenetic.**

Aceste structuri desenează pe fața internă a fiecărei emisfere un inel în jurul corpului calos: este „marele lob limbic" al lui P. Broca (1878), format din circumvoluția corpului calos (gyrus cingularis) și circumvoluția hipocampului (gyrus parahipocampic). Din punct de vedere filogenetic, sistemul limbic cuprinde arheocortexul cu, în special, hipocampul sau cornul lui Ammon); paleocortexul, strâns legat de sistemul olfactiv (rinencefalul *sticto sensu*) și mezocortexul sau cortexul de tranziție (exemple: cortex entorinal, cortex cingular). Aparțin, de asemenea, sistemului limbic două formații subcorticale: septum și amigdala. Sistemul limbic joacă un rol important în procesele mnezice, colorarea afectivă a trăirilor și „controlul reactivității emoționale și sociale" (P. Karli).

SITIOFOBIE (engl. *sitiophobia*). **Refuz delirant de a se hrăni, total sau cu limitare la unele alimente, refuz întâlnit în psihoza maniaco-depresivă sau în psihozele delirante cronice.**

SITIOMANIE (engl. *sitiomania*). **Nevoie imperioasă, de natură toxicomaniacă, de a ingera alimente.**

Acest simptom ține de depresia de origine nevrotică sau psihotică. → BULIMIE.

S.M.P.R. (fr. *Service médico-psychologique régional*). **Serviciu de psihiatrie sectorizat în mediu penitenciar.**

În 1967, centrele medico-psihologice regionale au înlocuit anexele psihiatrice instituite înaintea și după cel de-al doilea război mondial. Din 1986, termenul „serviciu" înlocuiește termenul „centru", de unde denumirea actuală de S.M.P.R. Serviciile medico-psihologice regionale sunt create în mediul penitenciar atunci când ele răspund nevoilor de sănătate mentală ale populației încarcerate în stabilimente care depind de o regiune penitenciară.

În număr de 14 în 1987, aceste servicii sunt actualmente considerate sectoare de psihiatrie (arie geografică delimitată și deservită de un serviciu de psihiatrie). În această calitate, ele sunt atașate la centrul spitalicesc specializat al departamentului respectiv. Aceste servicii asigură depistarea, profilaxia și tratamentul maladiilor mentale. Personalul lor este același ca al unui serviciu spitalicesc de psihiatrie: psihiatri, psihologi, infirmieri (infirmiere),

asistentă socială. Posibilitățile terapeutice sunt aceleași, cu excepția acelora care necesită ieșirea în exteriorul stabilimentului penitenciar. Deținuții care prezintă tulburări mentale grave nu pot fi tratați de aceste servicii, ci trebuie spitalizați din oficiu într-un stabiliment administrat conform legii din 27 iunie 1990. Transferul nu se poate efectua decât la propunerea medicului, cu acordul directorului și în baza deciziei prefectului de plasament din oficiu. Dacă este cazul, pacientul poate fi spitalizat într-o „unitate pentru bolnavi dificili".

Serviciile medico-psihologice regionale asigură postcura pacienților atunci când aceștia sunt eliberați. Centrele spitalicești specializate (exspitalele psihiatrice) sunt acelea care pun localuri la dispoziția lor, pentru a putea fi tratați. În 1989 se numărau 16 S.M.P.R. pe întreg teritoriul Franței.

SNIFF (termen englez). **Acțiune de a priza o substanță în formă de pudră sau de a inhala un produs volatil.**

Priza nazală este unul din modurile de a utiliza „pudra", fie că este vorba de heroină sau de cocaină. Această practică are avantajul evitării riscurilor de contaminare pe care le prezintă „împușcătura" (injecția). Inhalația este folosită mai ales în cazul solvenților sau cleiurilor (engl. *glue sniffing*). Este, de asemenea, un mod de a absorbi *cocaina-bază* (engl. *free-basing*).

SOCIOGENEZA MALADIILOR MENTALE (engl. *sociogenesis of mental diseases*). **Ansamblu de condiții și factori sociali susceptibili să ducă la generarea, dezvoltarea și evoluția maladiilor mentale.**

Cercetarea lor ține de metodele sociologiei, în special de anchetele și analizele referitoare la mediul social, la societatea în care pot apărea afecțiuni psihiatrice. Noțiunea de sociogeneză a stat uneori la originea unei veritabile teorii etiopatogenice a maladiei mentale, din care ea face o simplă consecință a disfuncționalităților familiale și sociale, cum a susținut îndeosebi antipsihiatria* engleză în ceea ce privește schizofrenia*. În acest caz ea se poate opune în mod radical psihogenezei* sau organogenezei* tulburărilor mentale.

Cercetările sociologice în psihopatologie încep o dată cu studiul sociologului francez É. Durkheim asupra sinuciderii. Era aici arătată importanța unor factori sociali ca integrarea în sânul societății, rolul Bisericii, al familiei și al multor alți factori exteriori în apariția sinuciderii la individ, pe când factorii individuali erau împinși pe al doilea plan. Spre deosebire de abordările biologice și psihologice care au fost întotdeauna marcate de o puternică influență europeană (și îndeosebi germană), psihiatria socială a avut ca principal teren de dezvoltare lumea anglo-americană. Din colo de Atlantic s-au dezvoltat, în anii '50, principalele studii de epidemiologie psihiatrică, continuând orientarea luată cu douăzeci de ani mai înainte de școala de sociologie din Chicago. Ele au arătat în ce măsură condițiile socioeconomice și socioculturale determină exprimarea și dezvoltarea maladiei mentale la individ, fără a-i înțelege totuși bine întotdeauna cauzele. Astfel a fost precizată, de exemplu, puternica corelație dintre depresie și clasa socială: toate statisticile arată că tulburările depresive afectează mai mult femeile și clasele sociale mai puțin favorizate. Femeile sunt, de asemenea, mai vulnerabile la tulburări anxioase, fobice, obsesionale și psihofiziologice. Invers, alcoolismul și comportamentele antisociale sunt patologii mai degrabă masculine. Într-un domeniu cu totul diferit s-a putut pune în evidență că mariajul îl protejează în mai mare măsură pe bărbat decât pe femeie de boala mintală, pe când lucrurile stau exact invers în ceea ce privește munca.

Acest interes pentru factorii sociali predispozanți ai patologiei mentale nu i-au făcut totuși pe psihiatri să adopte un punct de vedere radical sociogenetic, cum au putut-o face în anii '60, R. D. Laing și D. Cooper, lideri ai antipsihiatriei. Dar majoritatea dintre ei au înțeles ca factorii sociali nu sunt de neglijat. În cadrul unei practici psihiatrice sau de sector, ei au știut să țină seama de contextul social al clientului lor și chiar să se servească de acesta în demersul terapeutic și profilactic. Într-adevăr, ei și-au dat seama de faptul că, dacă utilizarea noilor medicamente psihotrope permiteau ieșiri rapide ale bolnavilor din spital, ele nu împiedicau revenirea lor aproape tot atât de rapidă aici. Era fenomenul *portetambour* (engl. *revolving door syndrome*), caracterizat printr-o readmitere rapidă în mediul spitalicesc psihiatric, urmată de ieșire la puțin timp după aceea, apoi de o nouă readmitere, și așa mai departe. Acest fenomen duce, desigur, la un număr important de ieșiri și de sejururi spitalicești mai mult sau mai puțin scurte, dar nu le permite pacienților o inserție socială adevărată. Iată de ce acțiunea terapeutică trebuie continuată asupra mediului sociofamilial al pacientului, în special la nivelul familiei, pentru a se obține o mai bună primire a convalescentului și o reducere a tensiunilor emoționale. Este, de asemenea, necesar să se întreprindă o muncă de veritabilă readaptare la condițiile vieții sociale și profesionale, care să permită o ruptură totală cu instituția spitalicească și o vindecare sau cel puțin o remisiune prelungită. Așadar, cercetarea și tratamentul mediului social fac azi indiscutabil parte din luarea în sarcină a oricărui bolnav mintal.

Bibl.: Tousignant, M.M., *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologique*, P.U.F., Paris, 1992.

SOCIOLOGIA MALADIILOR MENTALE (engl. *social science in relation to mental illness*). **Cercetare a influenței faptelor sociale, a grupurilor umane și a structurilor lor asupra maladiilor mentale.**

Sociologia, de la É. Durkheim, cu studiul său asupra cauzelor sinuciderii, s-a interesat de maladiile mentale, iar R. Bastide (*Sociologia maladiilor mentale*, 1965) a încercat să integreze majoritatea datelor psihiatriei sociale în cadrul sociologiei.

Cercetările s-au referit mai întâi la influența structurilor sociale asupra patologiei mentale, situându-se la două niveluri: macro- și microsociologic.

Macrosociologia studiază grupurile sociale și, prin cercetări demografice și epidemiologice, poate determina raporturile între cutare maladie mentală și formele și structurile societății în care ea se dezvoltă. Lucrul acesta a fost făcut îndeosebi pentru alcoolism care, într-o populație dată, a putut fi pus în relație cu condițiile economice (venituri, locuință), profesionale (specificități ergonomice), dietetice (habitudini alimentare), familiale (structura și compoziția familiei) ale vieții alcoolicilor reperați prin anchete statistice.

Microsociologia, pe de altă parte, a căutat mai degrabă să repereze structurile cele mai intime ale grupului. Ea a pus în evidență unele legături privilegiate care există între membrii unui grup, cuprinzând

elemente conștiente și inconștiente care fac interrelațiile foarte puternice și cu adevărat formatoare ale vieții psihice. Tocmai la acest nivel putem vorbi de valoarea structurantă și destructurantă a relațiilor. În cazul unor astfel de studii, datele propriu-zis sociologice trebuie să fie în permanență confruntate cu acelea ale psihanalizei, singura capabilă să penetreze aspectele inconștiente ale situațiilor. În domeniul psihiatric s-a arătat un mare interes pentru structura grupului familial și mai ales pentru legătura mamă–copil, a cărei importanță pentru dezvoltarea psihismului și, în consecință, pentru patologia sa, cu greu ar putea fi supraestimată. Relațiile primordiale acționează în două moduri: prin prezența lor activă și prin imaginile pe care ele le generează într-o viață psihică elementară, preverbală. Astfel se constituie bazele inconștiente ale personalității. Dacă rolul mamei este primordial, deoarece asigură debutul vieții psihice, acela al tatălui, care reprezintă societatea în ceea ce privește exteriorul ei, cuceririle de făcut, acela al fraților și surorilor, care permit învățarea primelor competiții, capătă ulterior o mare importanță. La fel vor sta lucrurile în ceea ce privește primii ani în mediul școlar, apoi în diversele grupuri sociale în care copilul devenit adolescent își va continua evoluția psihoafectivă, riscând în fiecare stadiu să o vadă perturbată de structuri sociale defavorabile.

Alte cercetări s-au desfășurat pe planul cultural, unde legăturile dintre psihiatrie și antropologie au permis clarificări mutuale și complementare extrem de fructuoase. Școala americană de antropologie culturală le-a utilizat din plin. Ea ne-a dat destul de numeroase analize ale structurilor psihoculturale, adesea foarte utile pe plan psihopatologic. A fost îndeosebi cazul studiilor referitoare la impulsiile instinctivo-afective elementare, studii care au demonstrat importanța condiționărilor de la cea mai fragedă vârstă în ceea ce privește destinul acestor impulsii. A. Kardiner, de exemplu, în anchetele sale în insulele Marchize, a putut relaționa fapte ca raritatea femeilor, de două ori mai puțin numeroase decât bărbații, cu neglijarea îngrijirilor materne, generatoare la rându-i de anxietate la adulți, care se exprimă prin fantasmele fricii de a fi devorat de căpcăuni, prin numeroase acte auto- și heteroagresive, prin teama permanentă de boli și prin numeroase practici de vrăjitorie contra femeilor. La fel, M. Mead și G. Bateson au studiat, la triburile din Noua-Guinee, numeroase comportamente conjugale și materne care influențează considerabil dezvoltarea psihoafectivă a copiilor, fiind responsabile de unele trăsături deosebite ale personalității lor adulte. Astfel se constituie, sub influența cutumelor, anumite structuri sociale și caracteristici culturale, o veritabilă configurație de habitudini și de imagini formatoare, compunând ceea ce A. Kardiner a numit personalitatea de bază, care va putea marca profund formele de patologie care survin în aceste populații. → EPIDEMIOLOGIE; ETNOPSIHIATRIE; SOCIOGENEZA MALADIILOR MENTALE.

SOFROLOGIE (engl. *sophrology*). **Doctrină care vizează să asigure armonia conștiinței, bazându-se pe tehnici de relaxare simplă, provenite din practica hipnotică, și pe tehnici de relaxare dinamică, inspirate din filosofiile orientale.**

Termenul, creat de neuropsihiatrul spaniol A. Caycedo spre anii '60, acoperă atât practicile respective, cât și o întreagă școală științifică, școală care studiază conștiința și modificările sale, în scop pedagogic, profilactic și terapeutic. Tocmai de aceea sofrologia cuprinde trei părți diferite: sofropedagogia, în scopul de a ameliora unele aspecte ale învățării (pregătirea examenelor, pregătirea pentru naștere, pregătirea pentru competiții sportive); sofrofilaxia, ca tehnică de dezvoltare a personalității și de prevenire a unor stări patologice; sofroterapia, în exclusivitate rezervată terapeuților, medicilor, moașelor, kineziterapeuților, infirmierilor, psihologilor, care utilizează această metodă într-un scop pur terapeutic. Sofroterapeuții care exersează în Franța sunt formați fie în centre regionale, fie în centre naționale, fiind, în general, membri ai Societății franceze de sofrologie, actualmente prezidată de A. Donnars.

Trebuie, de asemenea, să distingem două niveluri de tehnică. Primul, zis „tehnică de bază", derivat din hipnoză, acela al relaxării simple și pasive, este destul de apropiat de gradul inferior al trainingului autogen*. Al doilea corespunde unei relaxări dinamice de inspirație orientală, cu totul specific sofrologiei. Putem diferenția aici trei grade. Relaxarea de primul grad, de origine hindusă, va cuprinde o serie de exerciții în poziție verticală, care determină efecte fiziologice precise, după care subiectul se așază în poziția culcat și intră în starea de relaxare. În cursul acestei practici pacientul va trăi și exprima toate angoasele și îndeosebi frica de moarte; întocmai ca în terapiile comportamentale, repetarea ședințelor va permite atenuarea acestor angoase; de asemenea, subiectul învață să facă abstracție de preocupările sale, spre a se concentra asupra unui obiect. Asociată cu teme de meditații tibetane, relaxarea de gradul doi se asociază cu exerciții puse la punct de Caycedo însuși. Mai întâi în poziție verticală, apoi în poziție așezat, subiectul își va resimți în mod special schema sa corporală și se va confrunta cu angoasa de a fi tăiat în bucăți. Exerciții respiratorii speciale îi vor permite după aceea să regăsească o anumită armonie funcțională a corpului, care se poate asocia cu o veritabilă stare de plăcere. În sfârșit, relaxarea de gradul trei, de inspirație *zen*, ar fi o adevărată învățare de nebunie domesticită sau de delir controlat. Această relaxare poate determina, când este dirijată de terapeuți incompetenți și la subiecți fragili, veritabile decompensări psihotice. Iată de ce sofroterapia, care poate alina numeroși pacienți, aducând un ajutor prețios în pregătirea anesteziilor, în reanimare, în algologie și în executarea a numeroase intervenții chirurgicale (în special mutilante), nu poate fi practicată decât de specialiști în același timp bine formați și calificați în specialitatea medico-chirurgicală în care o vor utiliza.

SOLVENT (engl. *solvent*). **Substanță volatilă a cărei acțiune psihotropă provoacă o formă de beție.**

Fenomenul inhalării de solvenți volatili de către adolescenți a putut face să se vorbească, în anii '80, de o „nouă toxicomanie". Cercetările arată că este vorba cel mai adesea de practici de grup, care afectează în mod epidemic anumite cartiere sau stabilimente de educație. Practica aceasta este, în general, extrem de limitată în timp. Deci, mai mult decât de toxicomanie, este vorba de folosirea unor produse toxice, adesea ostentativă și provocatoare: este expresia unei indispoziții individuale, familiale, sociale, care trebuie luată în considerare ca un apel al adolescenților aflați în dificultate.

Substanțele în cauză sunt extrem de numeroase, fie lichide (tricloretilen), fie felurite cleiuri. De notat că nu este vorba

de produse interzise, ci doar deturnate de la uzajul lor. Substanțele sunt inhalate direct (dintr-un flacon, de pe vată) sau, cel mai adesea, din săculeți de plastic.

Efectele obținute se înrudesc cu beția *eterică*: faza de beție euforică, urmată de fenomene hipnagogice halucinozice, într-un context oniric; în sfârșit, sedație și, uneori, somn.

Pot surveni stări de comă, precum și tulburări acute: sindrom confuzional sau confuzo-oniric, moarte prin asfixiere, rareori edem pulmonar acut sau stop cardiac.

Se descriu tulburări psihice și fizice legate de utilizarea cronică a solvenților; existența lor în clinică este rară, acest stil de practică făcând rareori loc unei conduite de tip toxicomaniac de lungă durată.

Bibl.: Angel, P., Botbol, M., Facy, F., *Adolescence et solvants*, Echo Centurion, Paris, 1987.

SOMALCOOLOZĂ (fr. *somalcoolose*). **Formă clinică de alcoolopatie caracterizată prin apariția bruscă de crize acute de beție, atipice, de scurtă durată (câteva ore) și rare (de 4–6 ori pe an).**

Impulsul de a ingera pe nerăsuflate băuturi tari (sau lichide insolite, de exemplu apă de colonie) poate provoca o alcoolepsie: destructurare organo-psihică gravă, de scurtă durată. Mult mai frecventă la femeia alcoolică decât la alcoolicul masculin, somalcooloza nu este legată nici de ciclotimie, nici de comițialitate.

SOMATIZARE (engl. *somatisation*). **Tendință de a trăi și de a exprima o suferință somatică drept răspuns la stres sau la un traumatism psihic.**

Este o noțiune destul de ambiguă (Z. J. Lipowski), pe care trebuie să o distingem atât de cea de conversie isterică, dar și de cea de maladie psihosomatică, a cărei psihogeneză va conduce la vătămări corporale prin mecanisme în general neuroendocrine.

Somatizarea este cel mai adesea asociată cu tulburări depresive și anxioase majore și constituie elementul central al „tulburărilor somatoforme" notate de DSM-III R. Starea depresivă îmbracă adesea aspectul unei „depresii mascate", pe care trebuie să încercăm s-o reperăm între multele plângeri somatice ale pacientului.

Recunoașterea naturii solicitării, a motivului pentru care pacientul ne consultă este necesară și necesită un răspuns bine adaptat. Coexistența unui versant somatic și a unui versant psihic impune abordarea simultană în tratament a ambelor aspecte (J. de Butler).

SOMATOGNOZIE (engl. *somatognosia*). **Cunoașterea pe care o avem despre corpul nostru și despre relațiile între diferitele sale părți.**

SOMN AGITAT (engl. *activated sleep*). **Fază a somnului de la începutul ontogenezei umane, fază care va deveni, în parte, somnul paradoxal.**

SOMNAMBULISM (engl. *somnambulism*). **Comportament motor automat, mai mult sau mai puțin complex și adaptat, care se produce în timpul somnului, fiind o tulburare calitativă a acestuia, relativ frecventă la copil.**

Este o parasomnie psihomotorie în cursul căreia subiectul, în timpul nopții, deși este adormit, se scoală, merge sau îndeplinește activități simple din viața sa cotidiană diurnă, într-un mod destul de stereotip apoi se culcă din nou, fără ca la trezire să aibă vreo amintire că ar fi părăsit patul.

timpul somnului. Odinioară se vorbea de „somnambulism epileptic", dar H. Gastaut a arătat că „somnambulismul nu este niciodată epileptic". Numai „cu totul și cu totul excepțional" un epileptic poate face o criză nocturnă caracterizată printr-un automatism ambulator. În acest caz, însă, trebuie să vorbim de „automatisme epileptice ambulatorii ale somnului" (H. Gastaut).

Termenul face parte și din istoria hipnotismului. Doar prin simplă analogie, A.M.J. de Chastenet, marchiz de Puységur, a descris în 1784 transa* provocată de magnetismul animal al lui F.A. Mesmer ca pe o stare de „somnambulism provocat" (de către magnetizator). În realitate, era vorba de o stare de „somn" indusă prin sugestie, cu totul diferită de veritabilul somnambulism observat de medici încă din antichitate. J. Braid va avea dreptate să înlocuiască acest termen cu acela de *hipnoză*, în 1843.

SOMN CALM (engl. *quiet sleep*). **Fază de la începutul ontogenezei umane care ulterior va deveni somnul cu unde lente.**

SOMN CU MIȘCĂRI OCULARE RAPIDE (engl. *rapid eye movement sleep*). → SOMN PARADOXAL.

SOMN CU UNDE LENTE (engl. *slow wave sleep*). **Perioadă de somn caracterizată prin prezența unei activități electroencefalografice lente (unde delta) și de amplitudine ridicată.**

Somnul cu unde lente sau somnul lent este prezent în stadiile 3 și 4 ale somnului. Acest termen este pe nedrept folosit adesea pentru a desemna ceea ce nu este somn paradoxal. Somnul cu unde lente apare îndeosebi în prima jumătate a nopții. El pare a avea ca funcție primordială restaurarea activă a funcțiilor metabolice. În cursul somnului cu unde lente se realizează activități foarte importante, cum este eliberarea hormonului creșterii, care va stimula sinteza proteinelor.

SOMN PARADOXAL (engl. *paradoxical sleep, rapid eye movement sleep* sau *REM sleep*). **Fază de somn care survine periodic și este caracterizată printr-o activitate electroencefalografică desincronizată, rapidă și de mică amplitudine, hipotonie musculară, cu vasoconstricție generalizată a teritoriului vascular corespondent, ca și prin prezența de mișcări oculare rapide.**

Numit uneori *somn cu mișcări oculare rapide* (engl. *rapid eye movement sleep*), somnul paradoxal este considerat de unii drept stadiul viselor (W. Dement și M. Jouvet). Somnul paradoxal apare foarte precoce în cursul ontogenezei și, dacă îl găsim întrucâtva la păsări, nu este real decât la mamifere. La omul adult proporția sa este de ordinul a 20–30% din timpul total al somnului.

În cursul nopții este repartizat în 4–5 perioade, fiecare survenind, în medie, după 90 de minute, în alternanță cu somnul lent (cu unde lente pe encefalogramă).

Asupra funcțiilor somnului paradoxal s-au emis numeroase ipoteze:

– funcție reparatorie (repararea mașinăriei neuronale, eliminarea de substanțe toxice etc.);

– funcție care permite descărcarea impulsiilor sau inhibarea unor amintiri jenante pentru subiect);

– rol de maturare a sistemului nervos central;

– rol de instituire, apoi de activare regulată a programelor comportamentale proprii speciei;

– rol privilegiat în tratamentul și fixarea informațiilor dobândite în cursul stării de veghe. Într-adevăr, somnul paradoxal ar putea avea toate aceste funcții. → TULBURĂRILE SOMNULUI.

SPAIME NOCTURNE (engl. *night terrors, pavor nocturnus*). **Tulburare a somnului ce survine cel mai adesea în timpul primului ciclu de somn (în somnul lent, profund) și care este caracterizat de o angoasă asociată cu țipete, plâns și gesticulație.**

Copilul, așezat în patul său, se luptă cu viziuni halucinatorii. El nu este accesibil contactului verbal și pare a trăi cu toată convingerea episodul terifiant. Ca și în confuzia mentală, include în onirismul său obiectele și persoanele prezente în jurul lui. În mod simultan se constată fenomene fiziologice de angoasă, asociind pulsul rapid, respirația gâfâitoare și transpirația. Durata acestor spaime este de obicei de câteva minute, după care copilul se potolește. A doua zi se constată o amnezie totală a episodului, care poate fi izolat sau se poate repeta într-o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată. Uneori, pot fi descoperite circumstanțe declanșatoare.

Spaimele nocturne se pot asocia cu alte tulburări care perturbă somnul, ca enurezia, somnilocviul (vorbitul în somn) și somnambulismul. Nu trebuie confundate cu visele anxioase, care nu presupun confuzie mentală și care survin în fazele de somn poaradoxal (coșmaruri). Frecvența acestor tulburări este evaluată la 1–5% dintre copii (de obicei în vârstă de la 18 luni la 6 ani), ceea ce unii autori explică prin intensa activitate fizică legată de conflictele puternice ale maturației intelectuale și afective. Semnificația tulburărilor variază de la un autor la altul. Unii psihanaliști raportează aceste spaime la sexualitatea infantilă, activată în perioada oedipiană. Evenimente traumatice ar putea declanșa spaimele, cum ar fi nașterea unui mezin, o intervenție chirurgicală, o separare de mediul familial sau un doliu. Persistența acestor tulburări în perioada de latență (de la 7 la 11 ani) sau reapariția lor la adolescență ar putea semnifica o structurare patologică a personalității (nevroză, psihoză). Oricum, nu se poate pune problema de a face să dispară aceste tulburări fără a evalua contextul apariției lor, personalitatea copilului și dezvoltarea sa. Măsurile preventive trec printr-o igienă a somnului (copiii să nu fie lăsați să doarmă în camera părinților după ce au împlinit 6 luni, respectarea orarului de culcare, ajutarea copilului de a adormi printr-o prezență liniștitoare, calmă, la nevoie povestindu-i un basm). Uneori este indispensabilă psihoterapia, atunci când tulburarea este asociată cu perturbări ale personalității. Chimioterapia trebuie să rămână prudentă în fața riscurilor de a induce o toxicomanie ulterioară. Trebuie utilizate anxiolitice, de preferat hipnoticelor și antidepresorilor, pentru adolescent.

SPASMOFILIE (engl. *spasmophilia*). **Predispoziție neurofiziologică la stări prelungite de tensiune anxioasă nedefinită și la apariția de crize tetanice (accese de contracție involuntară a mușchilor de la extremitățile membrelor).**

Individualizată de B. Klotz, la începutul anilor '50, ca afecțiune cu un teren neurotonic special și cu un deficit al funcțiilor paratiroidiene, cu hipocalcemie, această „tetanie idiopatică" rămâne discutată, cu atât mai mult cu cât aproape întotdeauna este vorba de crize tetanice care nu se însoțesc cu nici un criteriu biologic. În

aceste cazuri analogiile clinice cu isteria și cu diversele ei manifestări sunt evidente și spasmofilia reprezintă, fără îndoială, una dintre formele contemporane ale isteriei (J. Adès).

SPEED BALL (termen englez). **Amestec de excitante și de stupefiante utilizat, în general, pe cale intravenoasă de către toxicomani.**

SPITAL PSIHIATRIC (engl. *psychiatric hospital*). **Stabiliment public sau privat care, conform legii din 30 iunie 1838, este destinat spitalizării și tratării, zi și noapte, a bolnavilor mintali.**

Numit mai întâi „azil" în 1838, devine în 1937 „spital psihiatric", iar în 1972 „centru spitalicesc specializat". Cuprinde din ce în ce mai mult locuri zise „de serviciu liber", care nu țin de modalitățile internării, în care pacienții sunt spitalizați de bunăvoie, ca în spitalele generale.

SPITAL PSIHIATRIC DE ZI (engl. *day hospital*). **Instituție spitalicească rezervată bolnavilor mintali (copii și adulți), care nu sunt aici tratați decât în timpul zilei.**

Primul spital psihiatric de zi a fost fondat de către psihiatrul sovietic M.A. Dehagarov, la Moscova, în 1933. D.E. Cameron a deschis un altul, la Montréal, în 1947, iar în anul următor o structură de același tip a fost creată la clinica psihiatrică a Universității Yale. În Franța a trebuit să fie așteptat începutul anilor '60 pentru ca astfel de unități spitalicești să se dezvolte. Ele au devenit în prezent destul de numeroase, dar nu în fiecare sector psihiatric, așa cum ar fi de dorit.

Bolnavii își petrec aici ziua, participând la diverse activități terapeutice care le sunt propuse și întorcându-se seara la domiciliu, ceea ce le permite să păstreze o bună inserție familială și socială.

Tocmai de aceea spitalul de zi trebuie, în măsura posibilului, să aparțină sectorului însuși, făcând deci parte din structurile extraspitalicești (în afară de spitalul psihiatric cu orar complet, care regrupează, în general, servicii care corespund mai multor sectoare, de care el este uneori destul de departe).

SPITALIZARE DIN OFICIU (fr. *hospitalisation d'office*). **Spitalizare a unei persoane care suferă de tulburări mentale fără consimțământul acesteia, corespunzând plasamentului din oficiu instituit de vechea lege din 1838.**

O dată cu noua lege din 27 iunie 1990, această formă de spitalizare sub constrângere a unui bolnav mintal este ordonată printr-o decizie prefecturală (la Paris, prefectul poliției), motivată, enunțând cu precizie circumstanțele care fac spitalizarea necesară, decizie însoțită de un certificat medical detaliat, redactat de un medic din afara stabilimentului de primire (articolele L 342 și L 349 din Codul sănătății publice).

SPLIT BRAIN (termen englez). **Intervenție chirurgicală care constă în secționarea fibrelor care unesc cele două emisfere cerebrale, îndeosebi a fibrelor corpului calos.**

Creierul se compune din două emisfere esențialmente simetrice, situate deasupra unui trunchi comun și legate prin mai multe fascicule de fibre comisurale. Cel mai important dintre aceste fascicule este corpul calos. Secționarea corpului calos și a celorlalte căi de asociație interemisferică la pacienții epileptici rezistenți la orice altă terapeutică a permis studierea funcționării

creierului în absența unei comunicări directe între cele două emisfere. R.W. Sperry și echipa sa, în anii '50, au fost primii care au demonstrat că fiecare emisferă este dotată cu competențe proprii: cea stângă contribuie exclusiv la producerea limbajului, pe când cea dreaptă, al cărei rol era până atunci neglijat, intervine în percepție și recunoașterea obiectelor, ca și în înțelegerea cuvintelor. Două sisteme cognitive coexistă, fiecare din ele ignorând operațiile și informațiile de care este responsabil celălalt. În mod paradoxal, acești pacienți par a se comporta în mod normal în viața cotidiană, în afara experiențelor de laborator. Numai o analiză mai aprofundată pune în evidență segregarea informației: pacienții sunt incapabili, de exemplu, să descrie verbal informațiile care apar în câmpul vizual stâng (proiectate în emisfera dreaptă, ca urmare a încrucișării căilor optice). În realitate, în acest tip de situație, doar cortexul este divizat. Termenul de *split brain* (creier divizat) apare ca nefericit ales. Persistă o anumită capacitate de integrare, trecând prin structurile subcorticale, probabil la nivelul mezencefalului. Secțiunea corpului calos nu creează deci două persoane distincte. Creierul reușește să păstreze unitatea subiectului prin mecanisme încă slab elucidate.

STARE CREPUSCULARĂ (engl. *twilight state*). **Alterare trecătoare a activității psihice în raport cu o tulburare de vigilitate, care se manifestă prin comportamente automate necontrolate de conștiință, o irupție a imaginarului și fantasmelor în perceperea realității și un anumit grad de confuzie, cu dezorientare temporo-spațială, în general urmată de o amnezie lacunară.**

Apariția acestei stări are loc mai ales în epilepsie, dar o putem întâlni și în isterie, precum și în evoluția unei confuzii mentale. De fapt, pe scara unei destructurări a conștiinței (după H. Ey), starea crepusculară s-ar situa între stările confuzionale, în care destructurarea este deosebit de profundă, și simplele *stări onirice* (engl. *dreamy states*), în care conștiința este doar invadată de producții fantasmatice. Pe plan medico-legal, unele stări crepusculare asociate cu furia se pot afla la originea unor acte heteroagresive deosebit de grave.

STARE DE LIPSĂ (enbl. *withdrawal syndrome* sau *craving*). **Sindrom al sevrajului la un toxicoman.**

Lipsa desemnează pentru toxicomani manifestările sindromului sevrajului, fiind deci constituită din simptome fizice și/sau psihologice, după produsul de care subiectul este dependent. Intricația registrelor este totuși constantă: astfel, se observă o exacerbare a sindroamelor fizice de sevraj la opiacee prin cauze psihologice. Condiționarea, pregnanța amintirii efectelor drogului explică atât aceste recrudescențe, cât și apariția semnelor lipsei, la o mare distanță de sevraj (returul lipsei). Laolaltă cu așa-zisul *flash*", lipsa se situează în centrul vieții toxicomanului, care tinde să o supraestimeze și să numească astfel orice experiență dezagreabilă. → SEVRAJ.

STARE HIPNOIDĂ (engl. *hypnoid state*). **Tulburare isterică a conștiinței, caracterizată prin obnubilare și diminuarea percepțiilor senzoriale.**

Noțiune introdusă de J. Breuer și S. Freud (1893–1895) spre a califica clivajul conștiinței constatat de ei la pacienții isterici. Această tulburare implică mai multe niveluri de conștiință, care se pot ignora reciproc, iar uneori o capacitate de a retrăi în mod halucinator experiențe traumatice

anterioare. Începând din 1906, Freud se arată reticent față de acest termen din cauza modelului biologic pe care Breuer i-l asociase și va prefera noțiunea de mecanism de apărare. Se admite azi că un mare număr de tulburări isterice implică o stare hipnoidă mai mult sau mai puțin marcată.

Bibl.: Carroy, J., *Hypnose, suggestion et psychologie*, P.U.F., Paris, 1991; Freud, S., Breuer, J., *Études sur l'hystérie*, 1895, trad. fr., P.U.F., Paris, 1956; Melman, Ch., *Nouvelles Études sur l'hystérie*, J. Clims/Denöel, Paris, 1984; Trillat, E., *Histoire de l'hystérie*, Seghers, Paris, 1986.

STARE LIMITĂ (engl. *border line*). **Caz limită care se definește pe plan nosologic și structural ca fiind intermediar sau „la frontiera" dintre o structură nevrotică și o structură psihotică.**

Avem deci de-a face cu tulburări mentale a căror poziție nosografică rămâne destul de ambiguă: termenii de psihonevroze grave, pe de o parte, de schizofrenii pseudonevrotice, pe de altă parte, au putut într-o vreme să le situeze pe planul diagnosticului. Dar, o dată cu lucrările lui O. Kernberg și ale lui H. Kohut în Statele Unite, ale lui J. Bergeret în Franța, noțiunea s-a precizat la nivelul structurii personalității. Acești autori au constatat dificultăți de a urma o cură psihanalitică la unii pacienți, aceștia prezentând o mare insecuritate interioară, intoleranță la frustrare și hipersensibilitate la remarci, adesea resimțite ca niște verdicte. Apariția în cadrul transferului a unei regresii exagerate obligă la modificări de procedură psihoterapeutică. Clinic, pacienții care prezintă acest tip de personalitate sunt adesea bine adaptați socialmente, dar relațiile lor afective sunt instabile, marcate de dependența zisă „anaclitică" și manipulare agresivă. Ei se apără contra depresiei care constă mai ales dintr-un sentiment de solitudine, de gol interior și de plictiseală, fără culpabilitatea și încetinirea psihomotorie obișnuite. Reglarea tensiunilor conflictuale utilizează de preferință treceri la act, ceea ce determină o instabilitate socioprofesională și afectivă, dar și conduite de autodistrugere prin impulsuri suicidare, accidente sau abuzuri de toxice.

Mecanismele psihopatologice au fost descrise de Kernberg și de alți psihanaliști. Clivajul este utilizat ca mecanism defensiv pentru a se menține separat sectorul adaptativ de sectorul idealizat și a proteja subiectul contra unui conflict intern intolerabil. Mecanismul idealizării permite să nu se recunoască agresivitatea și culpabilitatea față de obiect. Mecanismele proiective utilizate explică momentele de confuzie între ceea ce este intern și ceea ce este extern, fără ca subiectul să piardă total posibilitatea diferențierii de semen. Negarea emoțiilor este eficace în lupta contra sentimentelor depresive. Când pacientul nu mai este gratificat sau protejat, el utilizează devalorizarea, care îi demască ambivalența în raport cu obiectul mai înainte idealizat. Aceste date explică dificultățile tratamentului. Acesta trece adesea prin spitalizare în momentele de criză și necesită o mare coeziune a echipei medicale. Chimioterapia este utilă pentru controlul simptomelor, ținându-se seama de riscul, deja semnalat, al dependenței. Coterapia permite disocierea rolului psihiatrului prescriptor, care are în vedere realitatea pacientului, de acela al psihoterapeutului, care nu se ocupă decât de funcționarea psihică.

STARE PERICULOASĂ (engl. *dangerous state*). → PERICULOZITATE.

STEREOTAXIE (eng. *stereotaxy*). **Tehnică ce permite accesul la structuri**

profunde ale encefalului, pornind de la repere osoase externe sau sub control radiografic.

Structurile nervoase ocupă, la unele specii, o poziție precisă în spațiul intracranian; este posibilă stabilirea de hărți care dau poziția lor în coordonate spațiale, în raport cu planurile de referință. În cursul intervențiilor, craniul este fixat într-un cadru rigid (aparatul Horsley–Clarke) care servește la ghidarea electrozilor; se pot astfel practica, în structurile profunde, înregistrări, leziuni, stimulări sau injecții.

STEREOTIPIE (engl. *stereotypy*). **Repetare neadaptată la situație, indefinită, cvasiautomată, a unei expresii verbale, a unui gest, a unei atitudini.**

Se disting, astfel, stereotipii verbale în care același cuvânt sau fragment de frază este repetat la nesfârșit, într-un fel de litanie monotonă și interminabilă; stereotipii gestuale, prin repetarea neîncetată a frecării genunchiului, a balansării capului și trunchiului (ticul Salaam), a unui scrâșnet sau mestecări; stereotipii atitudinale, păstrate la nesfârșit, cum ar fi statul pe vârful picioarelor (pe papainoage), capul răsturnat pe spate, șederea pe vine, fața încremenită într-o grimasă permanentă etc.

Acestea din urmă se văd mai ales în catatonie* și, asociate cu altele, în unele psihoze infantile grave sau autiste, în unele stări de arieratie vecine cu idiotia și în demențele tardive, în special în boala Pick*.

STRES (engl. *stress*). **„Orice răspuns al organismului consecutiv oricărei cerințe sau solicitări exercitate asupra organismului" (H. Selye, 1976).**

Acest concept foarte general a fost interpretat diferit de diverși autori. Termenul evocă constrângerea, tensiunea impu[s] unei structuri mecanice. Tocmai în ac[est] sens J. Delay vorbea de o „stare de te[nsi]une acută a organismului obligat s[ă] mobilizeze defensele spre a face față u[nei] situații amenințătoare". Se obișnuiește [să] se facă deosebirea între reacția de stres [și] agentul stresant care o provoacă.

ISTORICUL NOȚIUNII DE STRES. [În] 1936, H. Selye, venit de la universit[atea] din Praga la Montréal, descrie la șobo[lani] un sindrom nespecific, care apare în cu[rsul] fazei inițiale a ceea ce se va numi [mai] târziu stres: el constată că aceleași le[ziuni] (în special hipertrofia suprarenalelor, [atro]fia și hemoragia timusului și ganglion[ilor] limfatici, ulcerații gastrice) sunt provo[cate] de factori de agresiune dintre cei [mai] variați. Selye citează constrângerea, in[jec]tarea de ulei de croton, de formol s[au] extracte glandulare impure, diverse in[fec]ții, hemoragiile, arsurile, anoxia, fractur[ile] radiațiile. Alături de reacții tisulare [ne]cifice la diverși agenți agresivi, [se] întotdeauna o serie de fenomene nes[pe]cifice. În 1946, Selye va vorbi de un *sin[drom] general de adaptare*, care evoluează în [trei] faze: reacție de alarmă (moarte prin [șoc]), fază de rezistență (patologie sau m[oar]te prin exces de rezistență); fază de epu[izare] (moarte prin epuizare).

W.B. Cannon adoptase deja aceea[și] perspectivă, propunând termenul de *ho[meo]stazie*: pentru el, ca și pentru Selye, re[ac]ția organismului agresat constituie în p[rin]cipiu rând un fenomen favorabil care urm[ărește] să mențină un echilibru cu mediul. C[el] insistă asupra creșterii proporției cat[e]minelor în situația de agresiune.

Școala chirurgicală franceză, [în] R. Leriche, subliniază, de asem[enea] importanța reactivității sistemului adrenosimpatic în șocul operator. Leriche recursese la un blocaj localizat al sistemului simpatic prin infiltrare ganglionară de procaină. Tocmai căutând compuși activi pentru a controla o reacție de stres chirurgical, șocul operator, a utilizat H. Laborit clorpromazina, în asociere cu alți inhibitori ai sistemului nervos. Clorpromazina va fi primul dintre medicamentele neuroleptice.

Originalitatea lui Selye a fost aceea de a fi demonstrat, alături de sistemul neurovegetativ, rolul factorilor endocrini, hipotalamo-hipofizo-suprarenali, în reacțiile de stres.

FIZIOLOGIA STRESULUI. În cursul reacțiilor de stres este stimulat ansamblul axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (H.H.S.), chiar dacă există o disociere a răspunsului endocrin în funcție de tipul agentului stresor.

Hormonul adrenocorticotrop, A.C.T.H., este implicat în reglarea secreției de hormoni corticoizi de către glandele corticosuprarenale. A.C.T.H. se fixează pe pozițiile de legătură specifice de la suprafața celulelor corticosuprarenale, ceea ce declanșează o serie de reacții biochimice care duc la formarea cortizolului și a cortizosteronului, plecând de la colesterol. În plus, A.C.T.H. eliberează prostaglandine E și F, substanțe derivate din acizi grași care intervin în mod nespecific în multiple reacții fiziologice, în special reacții de apărare imunitare.

Producția de A.C.T.H. se găsește ea însăși sub controlul sistemului nervos central. O structură subcorticală, hipotalamusul, secretă în partea sa bazală un hormon numit Corticotrophine Releasing Factor sau C.R.F., care stimulează producția de A.C.T.H. de către hipofiză. Fibre care pleacă de la nucleul arcuat al hipotalamusului bazal se proiectează pe eminența mediană, o altă structură hipotalamică în care se efectuează controlul producției de A.C.T.H. Într-adevăr, lezarea experimentală a eminenței mediane duce la scăderea secreției de A.C.T.H., pe când stimularea eminenței mediane face să crească secreția respectivă. Cercetarea substanțelor conținute în nucleul arcuat al hipotalamusului permite abordarea mecanismelor biochimice prin care se reglează secreția A.C.T.H. În acest nucleu găsim:

– *neuromediatori*, îndeosebi dopamină, regăsită în mare concentrație în sistemul venos hipofizar;

– *neuropeptide*: derivați ai propiomelanocortinei (A.C.T.H., hormonul melanotrop [alfa MSH], hormonul lipotrop [beta LPH], beta-endorfină), pe care îi regăsim și la nivel hipofizar.

Hipotalamusul se află în relație cu numeroase alte structuri cerebrale, având un rol în integrarea a multiple funcții. În afara aceluiași nucleu arcuat, nucleii care constituie hipotalamusul conțin peptide care influențează secreția de A.C.T.H.: vasopresina, a cărei concentrație crește considerabil după o suprarenalectomie bilaterală. Mai mult, un nucleu special, nucleul suprachiasmatic, joacă un rol de orologiu biologic față de numeroase ritmuri fiziologice. El reglează ritmul circadian de secretare a corticosteronului și al anumitor hormoni hipofizari. Din punct de vedere anatomic, hipotalamusul deține o poziție strategică în integrarea efectelor factorilor de stres.

A.C.T.H. stimulează secreția de hormoni corticosuprarenali. Aceștia exercită, în schimb, un retrocontrol negativ la toate nivelurile axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale.

Dacă se injectează corticoizi naturali sau sintetici la nivelul hipotalamusului, se diminuează secreția de A.C.T.H., dar și producția de hormoni corticosuprarenali ca răspuns la stimulii stresanți. Hipotalamusul nu posedă totuși receptori pentru corticoizi. Acești receptori sunt situați la nivelul hipocampului, structură esențială a sistemului limbic. În caz de activare a axei H.H.S. printr-o situație de stres, intervin mai mulți centri de control.

C.R.F., reglator al axei H.H.S. la nivel hipotalamic, se regăsește și în structuri anatomice extrahipotalamice implicate în stres, ca și în unele elemente ale sistemului limbic și în locus coeruleus, nucleu esențial al sistemului noradrenergic. Administrat experimental la nivelul sistemului nervos central al șobolanului, C.R.F. provoacă reacții comportamentale de stres, asociate cu o creștere a proporției de adrenalină și noradrenalină. C.R.F. face șobolanul mai sensibil la stimulii stresanți, ca și cum animalul s-ar afla într-un mediu nou pentru el.

Glucocorticoizii exercită un efect catabolic asupra metabolismului lipidelor, glucidelor și protidelor. Ei reglează echilibrul hidroelectrolitic, producția de celule sanguine, reacțiile imunitare și secreția gastrică de pepsinogen și de acid clorhidric. Toate aceste fenomene au fost descrise în reacțiile de stres.

În realitate, în afară de A.C.T.H., toți hormonii antehipofizari par implicați în adaptarea la stres. Cu toate că stresul constituie o reacție nespecifică, ar exista o anumită specificitate a profilului de răspuns hormonal. Prolactina, de exemplu, ar crește mai mult în cazul unui exercițiu epuizant decât în cazul în care subiectul este victima unei infecții.

Prolactina este implicată în numeroase reacții de stres. Secreția sa la nivelul hipofizei este inhibată de Prolactin Inhibiting Factor (PIF), hipotalamic. PIF este el însuși reglat de căile dopaminergice tubero-infundibulare. Așa se face că medicamente care blochează receptorii dopaminergici, cum sunt neurolepticele, cresc proporția de prolactină. Invers, dopamina exercită o acțiune stimulantă la nivelul prolactinei și altor hormoni hipofizari. Corticoizii atenuează secreția de prolactină indusă de stres. Șobolanii la care s-au înlăturat suprarenalele secretă în situația de stres cantități mai importante de proclatină. În afară de rolul ei de stimulare a secreției de lapte, celelalte efecte ale prolactinei, în special în cazul stresului, sunt slab cunoscute.

Secreția de beta-endorfină, substanță opioidă endogenă implicată mai ales în fenomenele durerii, este stimulată la nivelul hipofizei de adrenalina circulantă. Producția de adrenalină corespunde unui răspuns rapid determinat de stresul cu puternică încărcătură emoțională, pe când secreția de cortizol reprezintă un răspuns mai lent, care intervine de obicei în cazul unor evenimente stresante de o mai lungă durată.

Noradrenalina și adrenalina sunt produse ale medulosuprarenalei. Noradrenalina este eliberată și de terminațiile simpatice ale sistemului nervos autonom. Proporțiile sanguine de noradrenalină rămân relativ stabile, pe când adrenalina, derivată din noradrenalină, poate crește rapid în cazul unei situații de alarmă, așa cum a arătat Cannon. Dopamina ar fi și ea eliberată în mare cantitate de medulosuprarenală și de terminațiile simpaticului, mai ales la sportivul care se antrenează intens. După cum am văzut, adrenalina stimulează

secreția de beta-endorfină. Ea poate stimula și producția de A.C.T.H., direct sau prin intermediul vasopresinei. Cu toate că detaliul mecanismelor rămâne încă a fi elucidat, este clar că sistemele descrise de Cannon și Selye sunt în interacțiune.

Sistemul limbic, care regrupează un ansamblu de structuri corticale și subcorticale apărute foarte de timpuriu în dezvoltarea filogenetică, îndeplinește trei mari funcții:

1) reglarea emoțiilor, la nivelul complexului amigdalian;

2) memorie și afectivitate, la nivelul hipocampului;

3) reglarea comportamentului, la nivelul orbito-frontal.

Loc probabil al memoriei emoționale a experiențelor anterioare ale subiectului, suport al motivației, sistemul limbic determină tipul de reacție pe care subiectul o va adopta în fața unei situații noi. În caz de leziune bilaterală a complexului amigdalian se observă o apatie caracteristică. Animalul este incapabil să manifeste agresivitate, chiar dacă este amenințat. Invers, stimularea amigdalei provoacă reacții de trezire, de frică și furie, asociate cu hipersecreția hipofizară (A.C.T.H., hormoni sexuali). Alte structuri limbice sunt implicate în trezire (cortexul cingular) și plăcere și în moderarea stimulilor aversivi (septum), componente esențiale ale comportamentelor de adaptare. Sistemul limbic este anatomic legat de hipotalamus: cele două structuri reglează, la nivelul sistemului nervos central, axa H.H.S., ai cărei indici periferici sunt corticosteroizii circulanți.

MEDICAMENTELE STRESULUI. În cazul în care este de temut apariția unei patologii legate de stres, se pot utiliza mai multe clase de medicamente.

Corticoizi și A.C.T.H. Glucocorticoizii și A.C.T.H. intervin în mecanismul hormonal al stresului fiziologic. Ori de câte ori este de temut o suprastimulare care amenință homeostazia, se recurge la acești compuși. Dificultatea constă în faptul că aceste substanțe slăbesc defensele naturale ale organismului. Folosirea lor este adesea discutabilă.

Glucocorticoizii exercită două efecte:

Efect periferic. Acest efect poate fi favorabil, punând mai multă glucoză la dispoziția țesuturilor, ameliorând perfuzia tisulară, antagonizând mediatorii reacției inflamatorii, stimulând sintezele proteice, în special la nivelul ficatului, frânând eliberarea de A.C.T.H. și reglând funcția leucocitelor implicate în reacțiile imunologice. Unii corticoizi favorizează rezistența la durere.

Efect central. La nivelul sistemului nervos central, glucocorticoizii frânează eliberarea de opiacee endogene, opiacee care participă la reglarea imunității. Glucocorticoizii influențează, de asemenea, producția de C.R.F., de A.C.T.H. și de ADH (hormon antidiuretic), peptide care au efecte asupra comportamentului. Glucosteroizii nu par activi asupra catecolaminelor (adrenalină și noradrenalină), dar A.C.T.H. ar accelera turnover-ul noradrenalinei și adrenalinei, ale căror proporții cresc în situația de stres.

La om, corticoizii sunt utilizați în tratamentul stărilor de șoc (de exemplu, în urma unei hemoragii masive) și în unele tulburări ale imunității. Creierul bătrânilor pune o problemă aparte. Este cunoscut faptul că persoana în vârstă face cu greu

față situațiilor de stres. Pe plan experimental, glucocorticoizii accelerează îmbătrânirea hipocampului (sistem limbic) și inhibă creșterea terminațiilor neuronale la animalul bătrân. A.C.T.H. ar avea un efect invers, iar utilizarea sa s-ar justifica cu atât mai mult.

Benzodiazepinele. Consumul ridicat de benzodiazepine în civilizațiile noastre industriale este adesea atribuit marelui număr de „stresori" în viața modernă. Acest raționament este discutabil. Pentru mulți autori, medici sau farmacologi, stresul nu este un simplu echivalent al anxietății, anxietate căreia benzodiazepinele îi scad nivelul. Benzodiazepinele nu antagonizează ansamblul de semne neurovegetative, creșterea proporției de catecolamine circulante și nici hiperfuncționarea axei H.H.S. indusă de stres. Cu toate acestea, testele clasice pe animale, în cercetarea unor medicamente anxiolitice (animal în situație de alegere conflictuală, de exemplu), reproduc situații de stres.

Beta-blocantele. Pentru mulți autori beta-blocantele ar avea autentice proprietăți antistres. La animal ele diminuează o serie de efecte fiziologice ale stresului experimental.

Beta-blocantele antagonizează, la nivelul beta-receptorilor noradrenergici, acțiunea catecolaminelor eliberate în situația de stres. Acest efect se manifestă mai ales pe plan cardiovascular (încetinire a pulsului). În afară de efectul lor periferic, acești compuși, atunci când sunt liposolubili și trec bariera hematoencefalică, au un efect de tip anxiolitic la nivelul sistemului nervos central. Sunt utilizate adesea în mod preventiv (înainte de a lua cuvântul în public, înainte de a suferi o intervenție chirurgicală etc.).

Alți compuși. Au fost propuși și alți compuși. Există anxiolitice nonbenzodiazepinice (buspironă). Unele substanțe, însă, nu au făcut dovada eficacității lor, în special alcoolul, vitamina C, antiprolactinele și antagonistele opiaceelor.

STRES ȘI IMUNITATE. J. Blalock (1984) a demonstrat că limfocitele, celule-cheie ale reacției imunitare, pot produce A.C.T.H. sau o peptidă care are proprietățile endorfinei. Am văzut ce rol joacă acești hormoni în reacția de stres. Alte observații, pe de altă parte, arată că există o influență reciprocă între sistemul nervos central, implicat în stres, și sistemul imunitar.

Aceste descoperiri oferă baze biologice observațiilor făcute de primii cercetători. Se evocă rolul unor factori psihosociali în dezvoltarea ca și în regresarea tuberculozei (R. Dubois, 1951) și a unor cancere. Animalele în situație de stres sunt mult mai sensibile la infecțiile virale, efectul imunosupresor apărând corelat cu proporția de corticosteroizi circulanți.

Celulele NK (Natural Killers), dotate cu proprietăți citotoxice dirijate în special contra celulelor canceroase, își văd activitatea diminuată în situație de stres, poate sub influența peptidelor opiacee eliberate în acest caz. Stresorii responsabili pot fi fizici sau psihologici, ca în cazul soților unor pacienți suferind de cancere în faza terminală.

În cursul doliului au fost relevate anomalii funcționale ale imunității cu mediere celulară, în special o diminuare a sensibilității limfocitelor la stimularea *in vitro* cu ajutorul unor substanțe mitogene care induc multiplicarea celulară. Stresul provoacă, pe de altă parte, o creștere a raportului limfocite auxiliare/inductori față de raportul limfocite supresori/citotoxice.

Catecolaminele secretate în cursul stresului influențează reacțiile imunitare. Sistemul simpatic joacă un rol imunoreglator, în parte prin intermediul unor substanțe opiacee eliberate de neuroni catecolaminergici, pe când dopamina centrală stimulează diverși parametri imunitari. Receptorii beta-adrenergici de la suprafața limfocitelor materializează relațiile dintre cele două sisteme.

FACTORI DE STRES. *Zgomotul* este adesea incriminat ca factor de constrângere legat de viața modernă și responsabil de diverse tulburări, chiar și în afara sferei auditive. Zgomotul este un sunet „inoportun", care jenează. Contează nu numai intensitatea sa, ci și natura zgomotului, contextul în care se produce și personalitatea celui care îl suferă.

Dintre efectele extraauditive ale zgomotului sunt de relevat mai ales efecte cardiovasculare (creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale, vasoconstricție periferică), efecte respiratorii (accelerarea ritmului respirator) și tulburări digestive funcționale.

La nivelul funcțiilor superioare, chiar și în afară de tulburările de atenție și de memorie observate în momentul în care o sarcină este efectuată într-o situație zgomotoasă, există efecte întârziate, posterioare expunerii la stresor. Aceste efecte sunt mai importante în cazul în care sarcina implică o rezistență la frustrare, în cazul în care subiectul are de interpretat informații conflictuale și nu exercită nici un control asupra zgomotului. M. Glass și M. Singer (1972) au arătat că zgomotele de slabă intensitate produc aceleași efecte ca și zgomotele intense dacă intensificările zgomotului sunt imposibil de prezis. Posibilitatea din partea subiectului de a opri experiența apăsând pe un buton reduce efectele zgomotului, chiar dacă el nu recurge la această posibilitate. Importanța controlului exercitat asupra stresorului trimite la modelul *neputinței dobândite* (engl. *learned helplessness*), utilizat mai ales în farmacologia animală, în cercetarea antidepresorilor.

Zgomotul induce o *activare a organismului* (engl. *arousal*), probabil legată de o activare a sistemului nervos simpatic. El conduce, de asemenea, la o supraîncărcare informațională care obligă subiectul să adopte o strategie spre a face față situației. Această strategie conduce în mod paradoxal la o ameliorare a performanțelor (pertinență, rapiditate), dar numai dacă sarcinile nu sunt prea complexe. Subiecții adoptă strategii diferite, în funcție de personalitatea lor. Supuși la o sarcină dublă, introvertiții continuă, în situație zgomotoasă, să acorde mai multă atenție sarcinii desemnate ca prioritare, contrar extravertiților, care rezistă mai puțin la condițiile de mediu (G.Hockey, 1972).

Căldura poate sta și ea la originea unor reacții de intoleranță, caracterizate, între altele, de grețuri, parestezii și, uneori, pierderea cunoștinței. Paralel, apar importante variații hormonale care exprimă reacția de stres nespecifică. Într-adevăr, dacă o temperatură ambiantă ridicată determină o creștere a proporției hormonilor care reglează echilibrul hidro-mineral (aldosteronul, în special), cortizolul, indicator al stresului, apare ca un indice al intoleranței la căldură: creșterea în sânge a cortizolului precedă cu puțin apariția senzației subiective de neplăcere trăită de subiecții supuși la temperaturi ridicate. Această creștere are

loc mai repede în prezența unor factori de stres supraadăugați (poziție corporală inconfortabilă, încăpere neaerisită etc.).

Numeroși factori de stres au fost studiați în mod experimental. Tabloul de mai jos oferă o listă de *stresori diferiți*, utilizați în farmacologia animală (Allain și colab., 1986):

STRESOR	SPECIE ANIMALĂ
Chimic sau farmacologic	
ser fiziologic	șobolan
eter	șobolan
alcool	șobolan și câine
insulină	șobolan
adrenalină	șobolan
izoprenalină	șobolan
noradrenalină	șobolan
beta-carbolină	primat
A.C.T.H.	găină
Fizic	
frig	șobolan
șoc electric plantar	șobolan
placă fierbinte	șobolan
zgomot-vibrație	șobolan
electrosoc	șobolan
Environmental	
imobilizare	șobolan
cursă forțată	șobolan
înot forțat	șobolan
șocuri electrice–condiționare	șobolan
condiționare aversivă	iepure, câine
mediu nou	șobolan
grupare	vacă, pui de găină
introducere într-un grup străin	șobolan
prezența unui șobolan agresiv	șobolan
competiție pentru hrană/spațiu	șoarece

REACȚIE NORMALĂ SAU PATOLOGICĂ? Răspuns nespecific la un agent stresor, stresul nu conduce în mod ineluctabil la o stare patologică. Selye vorbește de *stres fără suferință* (engl. *stress without distress*) [1974] în procesele de adaptare normale. Eventuala evoluție spre o maladie a stresului depinde de capacitățile subiectului de *a face față* (→ COPING) și de a se adapta. Stresul poate conduce direct la o maladie a adaptării; cel mai adesea el se asociază cu alți agenți patogeni, de exemplu infecțioși. În felul acesta se explică vindecarea spontană a unui pacient, pe când un altul care suferă de aceeași boală sucombă.

Mecanisme patogene. Mai multe modele caută să explice modul în care reacțiile de stres pot duce la o stare patologică. Propunem următoarea clasificare posibilă:

Modelul neuroendocrin. Este, înainte de toate, concepția lui Selye. În cursul celei de a treia faze a sindromului general de adaptare, zisă „fază de epuizare", organismul nu mai dispune de rezerve suficiente de apărare contra bolii. Pe de altă parte, răspunsul neuroendocrin, în special dacă stresul se prelungește sau se repetă, devine nociv. Lumea modernă nu mai permite recurgerea la comportamentele arhaice de *luptă* sau *de fugă* (engl. *fight or flight)* pentru care reacția biologică de alarmă pregătea organismul. Pentru Selye, răspunsul la agresiune poate fi „sintoxic" (toleranță) sau „catatoxic" (distrugerea agresorului). El poate duce la o distorsiune sau „deraiere" la nivel suprarenal, cu trecerea de la o secreție de glucosteroizi antiinflamatori la o secreție de mineralo-corticoizi proinflamatori.

În sindromul local de adaptare, stresul afectează doar un organ particular. Reacția inflamatoare localizată are drept scop circumscrierea pericolului și faptul de a permite distrugerea agresorului (o infecție se va limita la un abces și nu va da o septicemie, de exemplu). Când este exagerat, stresul local declanșează sindromul general de adaptare.

Unii hormoni, de altfel, favorizează atitudinile active față de pericol, pe când alții accentuează imobilizarea și inerția (atitudinea de *freezing* la șobolan).

Modelul „evenimente de viață". R. Rahe și T. Holmes au încercat să facă să corespundă schimbările intervenite în existența marinarilor din U.S. Navy cu bolile de care ei au suferit în aceeași perioadă. Un chestionar (Recent Life Change Questionnaire) divizat în cinci rubrici (sănătate, muncă, rezidență și familie, relații sociale, situație financiară) le permitea să noteze evenimentele stresante survenite într-o perioadă de timp dată. Li se cerea subiecților să coteze de la 0 la 100 importanța pentru ei a fiecărui eveniment. Autorii au putut propune un clasament al evenimentelor de viață: decesul soțului apare ca fiind cel mai stresant (cotat 100).

Alți autori, în special școala epidemiologică engleză, au recurs la acest tip de chestionar sistematic pentru a pune în relație evenimentele existențiale stresante și declanșarea de tulburări somatice sau psihice. Acestui model i s-au adus însă numeroase critici. Chestionarele țin seama de evenimente punctuale și nu de stresori cu acțiune îndelungată. Evenimentele incriminate reprezintă media unui eșantion particular; importanța evenimentului nu este aceeași pentru doi indivizi, care diferă unul de altul prin modul de a stăpâni situația (*coping*) și prin sprijinul primit din partea anturajului. Evenimentele nu permit să se prezică tulburările (depresie, anxietate, alcoolizare, maladii psihosomatice etc.) de care vor suferi subiecții: răspunsul afectiv la stresorul social nu este specific unui eveniment, ci este specific evenimentului.

O problemă metodologică de care E. Paykel (Anglia) a căutat să țină seama este independența evenimentului de viață în raport cu tulburarea psihologică despre care se presupune că a declanșat-o. Dacă divorțul (al doilea eveniment dintre cele mai stresante, după Holmes și Rahe) favorizează depresia, depresia favorizează și ea divorțul. Trebuie să fim siguri că patologia nu a preexistat evenimentului de viață spre a trage o concluzie validă din acest tip de cercetare. La fel, Brown și Harris, care au putut pune în relație un număr de stresori psihosociali cu apariția unor maladii mentale în periferia muncitorească a Londrei, au încercat să evalueze „rezonanța" unui eveniment în viața unui individ. Într-adevăr, unele evenimente stresante, pe care ei le numesc *starters*, provoacă o criză salutară și permit întrucâtva o nouă relansare (un divorț care pune capăt unei relații stresante, de exemplu).

MODELUL LUI LABORIT: INHIBAREA ACȚIUNII. La animal, când așteptarea unei recompense sub forma unui aliment nu este satisfăcută (neîntărire), un ansamblu de reacții la nivelul sistemului nervos central transformă excitația în inhibiție. Sistemul nervos păstrează în memorie aceste experiențe de gratificare și de pedepsire. H. Laborit consideră că teritoriul în care trăiește individul este spațiul în care se desfășoară o competiție stresantă pentru sursele de gratificație. Inhibarea acțiunii și angoasa favorizează maladiile psihosomatice, cum ar fi ulcerul gastric.

Modelul lui Horowitz. Pentru Horowitz, mai multe sisteme intră în joc în răspunsul la un factor de stres: sistemul de activare,

care garantează o suficientă stare de vigilitate pentru asimilarea informației; sistemul ideațional, care compară evenimentul trăit cu reprezentările interiorizate despre sine și lume; sistemul emoțional, care trebuie să regleze un eventual conflict intrapsihic declanșat de eveniment; sistemul de control, care permite adaptarea reacției la posibilitățile subiectului. Când stresul este prea puternic, acest sistem poate coborî nivelul de activare, favorizând o inhibiție comportamentală și o negare a problemei. Disfuncția unuia dintre aceste sisteme este cauza maladiei.

MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL. Acest model, care dă o importanță egală celor trei variabile — biologică, psihologică și socială — este, fără îndoială, prea general spre a clarifica fiziologia stresului. El are o importanță istorică.

A. Meyer a definit la începutul secolului o metodă „psihobiologică" (care era și sociologică), care se baza pe stabilirea unor „Life Charts", observații care înregistrau cu minuțiozitate experiențele existențiale ale pacienților. Pentru Meyer, maladia mentală este rezultatul unei tulburări de adaptare la mediu. Trebuie să modificăm comportamentele stereotipe ale pacienților și să modificăm mediul însuși dacă vrem să-i vindecăm, de unde ideea, nouă în acea vreme, de a institui o igienă mentală și prevenirea maladiei psihice. Școala epidemiologică americană, formată din elevii lui Meyer (P. Lemkau, M. Rennie, M. Leighton), a continuat să se intereseze de factorii sociali care ar sta la originea bolii mintale într-un mediu sociologic particular. Numele lui G. Engel este, de asemenea, legat de acest tip de model bio-psiho-social, care distinge, dintr-o perspectivă longitudinală, factorii care favorizează maladia, înainte de declanșarea sa, și factorii declanșatori propriu-ziși.

COPING*. Răspunsul la un stresor depinde de individ: experiențele anterioare, autoaprecierea propriilor capacități, motivația care influențează procesul activ de adaptare. Termenul *coping* desemnează modul de a face față unei situații stresante și de a o stăpâni. Copingul poate consta dintr-un răspuns direct: eliminarea sursei de pericol, dar și dintr-un răspuns paliativ: simpla reducție a percepției pericolului (negare, recurgerea la medicamente anxiolitice etc.).

Pentru H. Ursin și S. Levine, trei parametri influențează copingul:

1) *Controlul*. Șobolanii de laborator care au posibilitatea de a evita un șoc electric prin apăsarea pe o pedală prezintă mai puține manifestări biologice de stres (proporția de glucosteroizi mai mică, mai puțină pierdere ponderală, ulcerații gastrice mai puțin frecvente). S-a demonstrat, de asemenea, că, în anumite condiții, spectatorii la o competiție sportivă în curs de disputare prezintă reacții biologice de stres mai puternice decât jucătorii din teren.

2) *Feedback*-ul. Stresul scade în intensitate dacă subiectul este informat asupra desfășurării experienței stresante. Astfel, dacă un semnal anunță sfârșitul unui șoc electric la animalul de laborator, ulcerațiile gastrice sunt mai puțin importante. Această noțiune se apropie de situația de stres în cursul răspunsului (*secondary appraisal* despre care vorbește Lazarus).

3) *Predicția*. Când se prevede apariția stresului, reacțiile sunt de o mai slabă intensitate (șobolan avertizat de iminența unui șoc electric). Cu toate acestea, au fost raportate și experiențe contrare, predicția putând suscita o anxietate anticipatoare.

Copingul este un mecanism în primul rând de ordin psihologic, care influențează răspunsurile sistemului nervos și ale sistemului endocrin. El se poate perfecționa prin învățare. Paralel cu învățarea, repetarea unor stimuli stresanți identici conduce la obișnuire (Sokolov): intensitatea răspunsurilor hormonale diminuează.

S-au putut diferenția două etape în reacția de stres: fazică, atunci când stresul este de scurtă durată (pe plan endocrin, procentul de testosteron crește); tonică, atunci când stresul se prelungește (testosteronul scade). Copingul se dovedește eficace doar în etapa tonică.

În legătură cu copingul a fost menționat un hormon sexual, testosteronul. Steroizii sexuali — androgeni, ca testosteronul, dar și oestrogeni — intervin mai ales în comportamentele agresive. Când pe teritoriul unui animal apare un intrus, se declanșează un comportament agresiv al celor două animale până când se stabilește o relație de la dominator la dominat. Agresiune și reacție agresivă pot fi interpretate în termeni de stres și de coping.

Astfel, nu numai tipul de stresor, ci și durata stresului și stilul de coping adoptat înclină într-un sens relativ specific reacția biologică și comportamentală descrisă inițial de către Selye ca nespecifică.

Cum este de apreciat eficacitatea acestui coping? S-a recurs la criterii comportamentale și biologice (de exemplu, dozări hormonale și teste imunologice). Evoluția acestor parametri nu este întotdeauna paralelă. Astfel, în modelul animal de separare a puiului de maimuță de mama sa (M. Harlow), comportamentul de suferință (prostrație, reducerea activităților de toaletă, autoîncălzirea etc.) se asociază cu o creștere mare a cortizolului în sânge. Cu toate acestea, atunci când puiul de maimuță separat de mama sa este lăsat în mediul său obișnuit, cu congenerii săi, semnele comportamentale rămân discrete, deși procentul de cortizol crește. În realitate, dacă micul primat este izolat, se adaugă un nou factor de stres aceluia al despărțirii de mamă: maimuțica este respinsă de grup. Acest model animal, ca și altele, a fost utilizat în studierea unor medicamente antidepresoare care urmau să fie prescrise omului. Antidepresorii diminuează efectele stresului, ceea ce pune problema frontierelor dintre stres și depresie.

Când stresul devine sursă de maladie, el conduce la două tipuri de afecțiuni.

MALADII PSIHOSOMATICE. Stresul și alți factori psihologici joacă un rol de prim-plan în aceste afecțiuni (în special ulcere gastro-duodenale, boli ale tiroidei, poliartrită reumatoidă, rectocolită hemoragică, astm, hipertensiune arterială etc.) care sunt legate de autentice leziuni organice. După F. Alexander, T. French și H.F. Dunbar au încercat să facă să corespundă maladii specifice unor personalități și unor comportamente (coping*) particulare. Personalitățile de tip A (R. Rosenman și M. Friedman, 1964), caracterizate prin agresivitate, impacientă și spirit de competiție și asociate cu o puternică incidență a bolilor coronariene (→ TIP A ȘI TIP B SAU TABP), sunt poate exemplul cel mai bine cunoscut în ceea ce privește aceste corespondențe lineare, a căror validitate rămâne cel mai adesea de demonstrat. Alexander punea accentul mai mult pe specificitatea situației existențiale (stresante) în momentul în care se declară maladia. Engel și A. Schmale (1967) au descris o stare de epuizare a resurselor individuale care conduce la o *stare de abandon* (engl. *given-up*) propice

dezvoltării de boli psihosomatice, ca și de stări depresive.

Stresul a fost pus în cauză în numeroase maladii, permițând calificare acestora, într-un mod prea extensiv, cred unii, drept „afecțiuni psihosomatice". Într-adevăr, majoritatea afecțiunilor răspund ecuației: stresor specific (agent patogen) + reacție specifică + reacție de stres nespecifică) = boală.

Cancerele și infecțiile în special par a fi favorizate de stres, probabil prin intermediul unei disfuncții imunologice (R. Ader).

SINDROAME PSIHIATRICE. Stresul este, de asemenea, un factor favorizant sau declanșator a numeroase afecțiuni psihiatrice. DSM-III insistă asupra rolului stresului în trei tablouri clinice. În *stresul posttraumatic* (după un viol, o catastrofă, un război etc.), pacientul retrăiește la nesfârșit situația de stres inițială, de exemplu sub forma de idei obsedante, manifestând în același timp dezinteres pentru lumea exterioară. *Tulburările de adaptare* sunt pentru DSM-III reacții patologice la factori de stres psihosociali care nu s-au structurat în anxietate sau în depresie caracterizate ca atare. *Reacțiile psihotice scurte*, care urmează unei situații de stres, durează în principiu mai puțin de două săptămâni și pot cuprinde idei delirante și halucinații. Doliul necomplicat nu este considerat patologic de către DSM-III, dar corespunde unei suferințe psihologice reacționale la stres.

STRES ȘI SITUAȚII DE EXCEPȚIE. Situațiile de excepție sunt diverse: închisori, stațiuni de observație izolate, submarine cu rază mare de acțiune, stațiuni polare, călătorii în spațiul extraterestru etc. Toate acestea determină scăderi de motivație, tulburări ale sociabilității, ale dispoziției, ale somnului.

În situație de catastrofă (catastrofă naturală, accident tehnologic major, mișcări de masă etc.), la sinistrați se observă un stres primar, consecință directă a catastrofei, iar la salvatori un stres secundar. La victime se observă prostrația sau comportamente aberante. Dezorganizarea ajutoarelor și ordinele contradictorii pot lua aspectul unei activități febrile.

Sportul de înalt nivel îl putem clasifica printre situațiile de excepție. Sportivul își vede în acest caz rolul hipervalorizat. El este dependent de anturajul său. Modul său de viață îl pune mereu la încercare, presupunând frecvente deplasări și schimbări de fuse orare. Competiția ridică nivelul de anxietate până la un punct în care performanțele se pot degrada. Sportivul incapabil de a face față stresului va prezenta tulburări cu aspect ciclotimic, uneori o agitație pseudomaniacă. Performanțele sale devin în acest caz inconstante. Este preocupat de sănătatea fizică, iar tulburările funcționale îi oferă scuze pentru eșecul de care el se teme atât de mult.

Când aceste situații extreme sunt previzibile, o selecție a subiecților, precum și o pregătire individuală și colectivă (tehnică de grup) vor permite minimizarea consecințelor nocive ale stresului. D. Meichenbaum (1985) a propus, astfel, o prevenire a stresului prin Stress Inoculation Training. Subiectul va învăța să se relaxeze, să-și amelioreze capacitățile de autoevaluare prin tehnici inspirate din terapia cognitivă a lui Beck, va învăța să rezolve mental probleme legate de stres, va recurge la autosugestie. O fază de aplicare va pune la lucru mai multe tehnici comportamentale, de la jucarea de roluri până la exercițiile de simulare.

STRES ȘI ETOLOGIE. Lumea animală oferă exemple de stres în mediul natural. Condițiile de suprapopulare, de exemplu, determină tulburări de comportament. O mică maimuță din Malayezia, Tupaye, a fost utilizată ca marcator al stresului la animal: în caz de pericol, părul de pe coada sa se zbârlea. Durata acestui fenomen este corelată cu importanța secrețiilor hormonale și catecolaminergice. Pe de altă parte, s-a demonstrat că la femela Tupaye condițiile de suprapopulație diminuează secreția sebacee care îi servește la marcarea puilor. Nemairecunoscându-i după miros ca fiind ai săi, îi devoră. Un stresor (suprapopularea) duce la o reglare socială (depopularea) printr-un proces căruia încă nu i se cunosc decât unii indici biologici.

Interacțiunile sociale pe parcursul unei anumite perioade de dezvoltare zise „sensibile" joacă un rol determinant la animale. O șuierătură îl face mai lesne să se crispeze pe un șobolan izolat în timpul acestei perioade sensibile decât pe șobolanii din aceeași fătătură rămași pe lângă mama lor. Aceste interacțiuni continuă să moduleze stresul la animalul adult. Animalele domestice (câine, pisică) se comportă diferit în cazul în care stresul survine în prezența stăpânului lor.

IMPORTANȚA STRESULUI. Noțiunea de stres a influențat, în mod cert, gândirea medicală. Modelul pastorian, bazat pe progresele microbiologice, avea în vedere înainte de toate agenții patogeni, care trebuiau identificați și distruși. O dată cu noțiunea de stres apare ideea terenului individual, propice sau nu dezvoltării maladiei.

Dacă s-au propus terapeutici preventive sau curative ale stresului (medicamente, psihoterapii, metode cognitivo-comportamentale, relaxare, narcoanaliză), tratamentul vizează, în general, efectul specific al agentului stresor. În realitate, stresul nu este întotdeauna patologic. Indisociabil de procesele de adaptare, el nu este lipsit de analogie, cel puțin pe planul dezvoltării psihologice, cu noțiunea de acomodare: J. Piaget, contemporan cu Selye și, ca și el, de formație biolog, desemna prin acest termen rezultatul presiunilor exercitate de mediu asupra organismului. Răspuns nespecific la diferite situații existențiale, care suscită numeroase controverse din cauza caracterului său extrem de general, stresul a avut meritul de a integra puncte de vedere biologice și psihologice în studierea unor comportamente normale și patologice.

Bibl.: Antovsky, A., *Health, Stress and Coping*, Jossey Bass Pub., London, 1981; Gray, J.A., *The Psychology of Fear and Stress*, Weindenfeld and Nicolson, London, 1971, 1987; Lazarus, R.S., *Psychological Stress and the Coping Process*, Mac Grawhill, New York, 1966; Levine, S., Ursin, H., *Coping Health*, Plenum Press, New York, 1980; Lôo, P., Lôo, H., *Le stress permanent*, Masson, Paris, 1986; Rivolier, J., *L'homme stressé*, P.U.F., Paris, 1989; Selye, H., *Stress in Health and Desease*, Butterworth, Boston, 1976.

STRIGĂT PRIMAL (engl. *primal scream*). **Tehnică psihoterapeutică fondată de A. Janov (1967) în Statele Unite și care se bazează pe retrăirea la nivel psihobiologic, cu o mare intensitate dramatică, a unui traumatism fizic și/sau psihic.**

Concepțiile lui Janov se înscriu în curentul american zis „Humanistic Psychology". Pentru Janov, Eul se compune dintr-un *Eu real*, care reprezintă sentimentele și trebuințele reale și esențiale ale organismului (trebuința primală) și dintr-un

Eu ireal, strat de sentimente care transformă trebuințele reale în trebuințe nevrotice, zise și simbolice, iar, în mod corelativ, satisfacțiile reale în satisfacții simbolice. Eul ireal se dezvoltă pornind de la scene zise „primale", în care trebuințele și sentimentele reale ale copilului nu sunt satisfăcute, provocând o intolerabilă suferință, de unde instaurarea unui sistem de defense ale Eului, care le va nega și reprima. Nevroza este definită ca o sinteză a acestor două Euri în veșnic conflict și care provoacă o tensiune permanentă la individ. Scopul „terapiei primale" este de a face din bolnav o persoană reală, de a-l ajuta să-și regăsească Eul real, adică scutit de orice tensiune și de orice defensă. Pentru aceasta este necesară, după Janov, retrăirea sentimentului general care stă la baza acestor situații traumatizante a frustrărilor de trebuințe reale, ceea ce declanșează suferința care se exprimă prin strigăt (strigăt primal), cauză și, totodată, consecință a prăbușirii sistemului de defense care, ca atare, distruge Eul ireal. Curele de strigăt primal cuprind ședințe de terapie individuală și de terapie de grup. → TERAPIE DE RE-NAȘTERE.

Bibl.: James, J., *They call us the Screamers!*, Caliban Books, Firle, 1980; Janov, A., *The Primal Scream*, Sphere Books, London, 1973.

STUPEFIANT (engl. *narcotic*). **Substanță psihotropă susceptibilă să genereze o toxicomanie și/sau a cărei vânzare este strict reglementată de dreptul național sau internațional.**

Termenul desemnează la origine starea de stupoare pe care o provoacă drogurile dure la toxicomani. Stupefiantele corespund în acest caz cu *euphorica* descrise de L. Lewin sau cu o subgrupă de psihodisleptice descrise de J. Delay (→ DROG; PSIHOTROP).

În Franța, „substanțele veninoase" au fost, din 1916, clasificate în trei tablouri. Tabloul B — grupa stupefiantelor — cuprinde substanțele a căror prescriere este extrem de reglementată (chitanță, prescriere pe cel mult șapte zile).

Convenția unică din 1961 cu privire la stupefiante, adoptată de 115 țări, regrupează stupefiantele în patru tablouri. Comisia de stupefiante a O.N.U. decide clasificarea acestor substanțe. Aplicarea deciziilor este controlată de Organul internațional de control al stupefiantelor, cu sediul la Viena. La nivel național, comisia stupefiantelor este atașată la Ministerul Sănătății. → COCAINĂ; DROG; HEROINĂ; OPIACEU.

STUPOARE (engl. *stupor*). **Formă deosebit de gravă de inhibiție și de încetinire psihomotorie în care subiectul pare total înțepenit într-o imobilitate a întregului corp, lipsit de reacție și absent față de anturaj, cu o mimică adesea fixată într-o expresie de uluire sau de indiferență.**

Asociată adesea cu refuzul de a mânca și cu negativismul, stupoarea se poate manifesta în cursul evoluției a trei mari maladii mentale:

1) depresiile cele mai grave, în care stupoarea nu este decât forma extremă a încetinirii psihomotorii, numită în acest caz „stupoare melancolică".

2) schizofrenia, în care stupoarea este relativ frecventă în formele hebefrenocatatonice („stupoare catotonică");

3) confuzia mentală, în care stupoarea se manifestă mai ales în formele infecțioase (*tuphos*, de exemplu, de la febra tifoidă); în acest caz se asociază adesea cu perplexitatea anxioasă: „stupoarea confuzională".

Apare, de asemenea, în unele stări crepusculare de origine epileptică.

SUBSTANȚĂ SAU MATERIE CENUȘIE (engl. *grey matter, substancia grisea*). **Pe o secțiune a creierului, regiune de culoare cenușie care se opune regiunilor albe (corespunzătoare substanței albe) și care este formată de aglomerările de corpuri celulare ale neuronilor.**

În emisferele cerebrale, substanța cenușie este fie periferică (cortexul cerebral), fie centrală (formând nucleii cenușii centrali). În trunchiul cerebral ea este repartizată în nuclei multipli. În cerebel, se repartizează în cortexul cerebelos și în nucleii profunzi. La nivelul măduvei este centrală și se repartizează în coarnele posterioare și anterioare, cu o regiune intermediară. Citoarhitectonica substanței cenușii este diferită de la o structură la alta. În cortex, de exemplu, celulele se organizează în straturi (șase straturi în cortexul cerebral și trei în cortexul cerebelos), pe când în nucleii cenușii centrali formează îngrămădiri de corpi celulari. În cornul posterior al măduvei există o organizare lamelară a substanței cenușii, superpozabilă organizării corticale.

SUGESTIBILITATE (engl. *suggestibility*). **Dispoziție de a se supune unor sugestii, fie dintr-o slăbiciune a spiritului (debilitate mintală, demență, arierație afectivă etc.), fie din naivitate sau din hiperemotivitate.**

Frecventă în isterie și în stările de emoție colectivă, sugestibilitatea face ca subiectul să sufere pasiv influența unui hipnotizator sau a unui lider și să intre, eventual, în stare de hipnoză. Tocmai această dispoziție este exploatată de către terapeuți în efectul placebo, în care un produs neutru este prescris pacientului ca și cum ar fi un remediu atotputernic contra suferințelor sale. Mai bine de o treime dintre bolnavi pot fi astfel alinați, cel puțin provizoriu, de tulburările lor funcționale.

SUPRADOZĂ (engl. *overdose*). **Doză de drog luată într-o prea mare cantitate, care determină o comă mortală.**

Unele supradoze sunt accidentale, dar altele au valoare de suicid la toxicomani, constituind o cauză de mortalitate din nefericire frecventă (200 de morți pe an în Franța).

SUȚU (Alexandru). **Neuropsihiatru român (1837–1919), fondator al psihiatriei moderne la noi în țară.**

Teza sa de doctorat s-a intitulat *Considerații asupra depresiei esențiale* (Paris, 1865). Deși încă din 1877 a publicat lucrarea *Alienatul în fața societății și a științei*, considerat de unii a reprezenta „primul tratat de psihiatrie" (C. Gorgos, *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol. IV, 1992), accesul său la o catedră universitară de profil a fost extrem de tardiv, după stagii la azilul de alienați Sainte-Anne din Paris (la V. Magnan) și la azilul Salpêtrière, în anii 1902–1903. A cutreierat, în aceeași perioadă, mai multe clinici de specialitate din Germania, audiindu-i pe Kraepelin, Nissl, Oppenheim, Alzheimer și alții. Abia în 1904 este privat docent de psihiatrie clinică la Facultatea de medicină din București, unde apoi a fost profesor. În anii 1905–1907, după cum el însuși notează într-un memoriu de titluri și lucrări (1912), a fost „autorizat cu cursul de psihiatrie judiciară", la aceeași facultate. Lucrările sale se repartizează în trei secțiuni: clinică neurologică, clinică psihiatrică și psihiatrie

judiciară. A colaborat, între altele, la prestigioasa revistă *Annales médico-psychologiques*. În ospiciul Mărcuța, despre care a scris încă în 1869 o monografie, a introdus metode terapeutice ca ergoterapia, clinoterapia sau meloterapia, detestând abordarea cu violență a bolnavilor mintali. Alte scrieri principale: *Considerațiuni asupra epilepsiei și maniei epileptice* (1868); *Despre mersul alienațiunii mintale în România* (1884); *Clasificațiunea psihozelor* (1900); *Simptomele catatonice. Valoarea clinică și mecanismul lor* (1903).

SZASZ (Thomas Stephen). **Psihiatru și psihanalist american (Budapesta, 1920).**

Profesor de psihiatrie la universitatea statului New York, începând din 1956, el a fost apoi demis din funcțiile sale de către departamentul de igienă mentală al statului respectiv, care i-a reproșat faptul că nu „crede" în maladie. Opera sa este o critică a instituțiilor psihiatrice, bazată pe o concepție umanistă și individualistă a subiectului liber. El arată cum, dacă se persistă în definirea dificultăților existențiale în termenii maladiei mentale și în intervențiile psihiatrice ca tratamente medicale, există riscul de a se ajunge la o veritabilă tiranie politică sub forma terapeuticii psihiatrice. Principalele sale lucrări sunt: *Mitul maladiei mentale* (1961, 1974); *Etica psihanalizei* (1965); *Fabricarea nebuniei* (1970); *Ideologie și nebunie* (1970); *Al doilea păcat* (1973); *Ritualurile drogului* (1974); *Erezii* (1977); *Legea, Libertatea și Psihiatria* (1977).

Ș

ȘCOALA DE LA MILANO → TERAPIE FAMILIALĂ.

ȘCOALA DE LA PALO ALTO. Mișcare de idei care s-a dezvoltat la Palo Alto, periferie a orașului San Francisco, în California.

Palo Alto era sediul unui spital psihiatric al foștilor combatanți din armata americană, spre mijlocul anilor '50. Aici a dezvoltat G. Bateson o cercetare de un tip special.

Bateson era antropolog (a fost soțul Margaretei Mead) și îl preocupa comunicarea în sensul larg al termenului, atât în domeniul animal (jocul delfinilor), cât și unele aspecte microsociale ale comunicării umane, cum sunt ritualurile de interacțiune (la populațiile din Noua-Guinee). În același timp, a fost influențat, în cadrul unor reuniuni științifice, de către cibernetici (o mare noutate în acea vreme) ca N. Wiener și H. von Foerster. Toate acestea l-au făcut să cerceteze mai degrabă forma și regulile comunicării decât conținutul. Așa se face că în mod cu totul firesc a acceptat să conducă la Palo Alto o investigație, din punct de vedere antropologic, asupra comunicării la schizofrenici. S-a înconjurat aici de practicieni ca J. Haley, D. Jackson și alți câțiva.

Pe când psihiatria clasică pune accentul pe patologie ca proprietate individuală a pacientului schizofren, Bateson și colaboratorii săi au căutat să verifice în ce măsură comportamentul anormal al bolnavului era legat de contextul mai larg în care apărea și se menținea. Cu toate că în cercetarea inițială contextul era acela al unui spital psihiatric, care alimentează numeroase aberații comunicaționale, s-a constatat destul de repede că contextul semnificativ era mediul familial.

De aici un text important, din 1956, intitulat *Spre o teorie a schizofreniei*, care postulează o „dublă legătură" constituită de mesajele paradoxale dintre schizofrenie și mediul său. Această teorie a avut un succes care a depășit considerabil obiectivele autorilor, deoarece ea a prilejuit numeroase exegeze și ralierea unor epigoni care aveau în vedere o derivă cauzalistă pentru o geneză pur socială a schizofreniei sau pentru căutarea de anomalii comunicaționale patognomonice ale schizofreniei. Oricum, „proiectul schizofrenie" inițiat de Bateson a avut imensul merit de a introduce o

veritabilă revoluție epistemologică în descrierea maladiei mentale, adoptând un punct de vedere contextual asupra sistemului constituit de pacient și de mediul său. Tocmai pe axul acestor lucrări s-a dezvoltat mișcarea terapiilor familiale și abordarea sistemică, în prezent de interes în Europa.

La sfârșitul anilor '50 „proiectul schizofrenie" s-a încheiat, dar Jackson a creat în același timp un centru de cercetare și de tratament la Palo Alto, care și-a continuat activitatea până în prezent și la care a aderat P. Watzlawick. Este vorba de MRI (Mental Research Institute).

Bibl.: Winkin, Y., *La nouvelle communication*, Éditions du Seuil, Paris, 1981.

ŞOC PSIHIC (engl. *shock*). **Stare de sideraţie afectivă şi emoţională, cu incapacitate de răspuns adaptat, ca urmare a apariţiei neaşteptate şi brutale a unui eveniment care constituie un traumatism psihologic major.**

Se asociază cu reacții psihopatologice diverse, mergând de la simpla anxietate cu reacții neurovegetative minime până la stupoare*. Se produce în acest caz o adevărată disoluție a conștiinței, cu obnubilare, pe o perioadă care merge de la câteva minute la câteva ore, iar câteodată chiar câteva zile. Restructurarea secundară a activității psihice se poate face într-un mod nevrotic sau chiar psihotic. → NEVROZĂ; PSIHOZĂ TRAUMATICĂ.

T

TABAGISM (engl. *nicotinism* sau *tobacco abuse*). **Intoxicaţie acută sau cronică datorată fumării tutunului.**

Tutunul sau *Tabacum nicotiana* este o solanee înaltă cu frunze mari, de origine americană.

ISTORIC. Tutunul a fost descoperit, o dată cu obiceiul de a fi fumat sub formă de frunze uscate și răsucite, de către primii conchistadori, în 1492. La indienii din America Centrală și din America de Nord acest obicei era legat de practici religioase; încă și azi, în unele triburi, șamanii utilizează tutunul ca pe un vehicul, ca pe un mijloc de a intra în contact cu puteri superioare. Fumul constituie uneori o punte între pământ și cer, o legătură între lumea profană și lumea sacră. În Europa, tutunul era foarte apreciat pentru virtuțile sale medicinale (era utilizat mai ales în infuzii). Ambasadorul Franței în Portugalia, Jean Nicot, a fost un mare promotor al acestor virtuți și i-a trimis tutun Catherinei de Medicis, spre a-i alina migrenele. De la mijlocul secolului al XVI-lea, planta a fost aclimatizată în Europa, iar folosirea recreativă a tutunului n-a încetat să sporească din acea vreme și până în zilele noastre, în întreaga lume: „Este pasiunea oamenilor cinstiți, iar cine trăiește fără tutun nu este demn să trăiască" (Molière).

Modul de a consuma tutunul a evoluat de-a lungul secolelor: prizarea pe nas și mestecatul, odinioară foarte răspândite, au devenit din secolul al XIX-lea practici marginale în comparație cu fumatul, mai întâi sub formă de țigări de foi, iar de la mijlocul secolului al XIX-lea sub formă de țigarete.

EFECTELE TUTUNULUI. Efectele tutunului asupra organismului se datorează în mare parte unuia dintre alcaloizii săi psihoactivi, nicotina, izolată și studiată de la începutul secolului al XIX-lea. În stare pură, este vorba de o substanță extrem de toxică: doar câteva zecimi de miligram pot fi mortale (un fumător nu extrage niciodată mai mult de 1 mg de nicotină dintr-o țigaretă). Acțiunea tutunului asupra organismului se manifestă printr-o accelerare a ritmului cardiac și respirator, uneori (la fumătorii novici, de exemplu) prin diaree sau vomismente. Pe plan psihic se produce

o anumită excitație, uneori un sentiment de sedație și de destindere.

Toate aceste efecte sunt cauze de toleranță (cu necesitatea de a crește dozele pentru a obține același efect), iar folosirea regulată a tutunului poate determina o puternică dependență psihologică, cu un sindrom de sevraj deosebit în cazul opririi consumului.

TUTUNUL, FLAGEL SOCIAL. Problemele efectelor tutunului sau ale dependenței tabagice sunt foarte adesea trecute pe planul al doilea față de implicațiile economice ale consumului sau față de costurile tabagismului în termeni de sănătate publică. Ca și cafeaua, tutunul este o substanță lipsită de interes nutritiv, dar care joacă un rol important în schimburile internaționale și în economia interioară a majorității țărilor: de la producție la vânzarea *en détail*, industria tutunului ar fi în Franța sursa directă a aproximativ 50 000 de posturi. Încasările fiscale legate de tutun ar reprezenta, pe de altă parte, 2,3% din bugetul de stat (Hirsch și colab., 1988).

În termeni de sănătate publică, însă, tabagismul constituie un flagel considerabil, fiind responsabil de numeroase maladii:

– *maladiile cardio-vasculare*: hipertensiunea arterială, accidentele vasculare cerebrale și mai ales tulburările coronariene (angină pectorală și infarct miocardic) sunt în mod clar mai frecvente la tabagici; această corelație ar fi esențialmente legată de acțiunea nicotinei asupra vaselor și circulației, ca și de acțiunea marilor cantități de oxid de carbon conținute în fumul de țigară;

– *maladiile respiratorii* (bronșită cronică, emfizem) și mai ales cancerele căilor respiratorii sunt o consecință azi bine cunoscută a tabagismului cronic. Factorii în cauză ar fi esențialmente componentele gudroanelor conținute în fum.

Se estimează astfel că în Franța, în 1982, numărul morților direct sau indirect legați de tabagism a fost de 54 000 (din care 32 000 decese prin cancer și 11 000 prin maladii cardio-vasculare). Lupta contra acestui flagel capătă uneori aspecte de cruciadă și multe țări încearcă în mod din ce în ce mai draconic să limiteze consumul de tutun. Accentul este pus pe victimele inocente ale tabagismului celorlalți: tabagism „pasiv" prin inhalarea de fum sau prin influența asupra fetusului (prematuritate, hipotrofie) în timpul gravidității unei femei tabagice. O consecință marginală a acestor cruciade este redescoperirea „tutunului fără fum", noi forme de prizare sau de mestecare, periculoase însă în continuare pentru individ (ele sunt forme posibile de dependență de nicotină și pot provoca tumori canceroase ale mucoaselor).

DEPENDENȚA FAȚĂ DE TUTUN. Aspectele psihologice ale dependenței față de tutun sunt, de fapt, destul de puțin studiate dacă avem în vedere importanța fenomenului. Mai multe elemente tind la asimilarea tabagismului cu o *farmacodependență*, cu o adicție* la nicotină. Există, în primul rând, un veritabil sindrom de sevraj în cazul opririi consumului. Iritabilitate, dificultăți de concentrare, angoasă, somnolență, insomnii, dureri de cap sunt stări bine cunoscute fumătorilor care au încercat să se lase de fumat. Creșterea ponderală este, de asemenea, un element constant al acestui sindrom. Tehnicile de ajutorare a subiectului în sevraj sunt foarte numeroase, dar elementul primordial este întotdeauna hotărârea subiectului însuși de a pune capăt acestei obișnuințe. Dependența

față de nicotină este atestată și de existența unui veritabil fenomen de „autotitrare" a nicotinei la marii fumători (subiectul modulându-și cu exactitate ritmul sau tipul de consum așa încât să mențină constantă proporția de nicotină în sânge: de exemplu, el va fuma mai puțin dacă i s-a injectat nicotină pe cale intravenoasă).

Dependență, sindromul sevrajului, căutarea activă a produsului, toate acestea ar trebui să tindă la a face din tabagism o *toxicomanie* veritabilă. Trebuie însă de notat că tabagicul, contrar „adevăraților toxicomani", nu se întâmplă să trăiască doar pentru produsul său și că urmările acestei obișnuințe asupra psihismului sau asupra relațiilor sociale nu sunt câtuși de puțin dramatice.

TABAGISMUL ÎN VIAȚA PERSONALĂ. Rămâne problema locului tabagismului în economia psihică a unui subiect uman sau aceea a sensului țigării în viața cotidiană a unui individ. Tabagismul lui Freud și moartea sa din cauza unui cancer bucal fac din tabagism un obiect de interogație extrem de important pentru psihanaliști. În opera sa științifică Freud nu abordează deloc această problemă.

Intrarea în tabagism, adesea în anii adolescenței, poate avea sensul unei sfidări, al unei transgresiuni, al unei probe inițiatice: a fuma este un mod de a se afirma, de a se identifica cu cei mari sau cu unii eroi. Înainte de a deveni un gest al vieții cotidiene, o formă minoră de defensă sau de comunicare socială, înseamnă a domestici un obiect misterios, interzis, deci un mijloc de a sfida legea adulților. Presiunea grupului de egali este aici foarte importantă, dar atitudinea adulților este încă și mai importantă: tabagicii înșiși pot să inducă această conduită în calitatea lor de modele de identificare. Dar ei pot încuraja fumatul și în mod indirect, prin faptul însuși al interdicției fumatului. După D. Braunschweig și M. Fain, de exemplu, a interzice dinainte ceea ce un copil nu dorește în mod spontan este totuna cu a-i indica o cale de transgresiune, mai puțin conflictuală decât căile care se referă la tabuurile sexului sau ale violenței. Tabagismul poate deveni în acest caz creația unei „neotrebuințe", mijloc de scurtcircuitare a unor interdicții mai profunde și de eludare a fricii de castrare.

Tutunul, obiect de uzaj recreativ sau inițiatic, este purtătorul a multiple și schimbătoare semnificații simbolice. El poate fi simbol al forței virile (O. Lesourne, 1984), țigareta devenind focul prometean domesticit de om. El poate reprezenta obiectul tuturor impulsiilor orale, dar și al eliminării, distrugerii, deșeurilor, prin prisma cenușii care se acumulează în scrumiere.

Abandon la cheremul unui „viciu", tabagismul este, de asemenea, tentativă de dominare, mijloc de a acționa când nu ai nimic de făcut („a-și da un conținut"), satisfacție intimă și distanțare de ceilalți. Conduită autoerotică, este, de asemenea, și masochistă prin faptul că subiectul este dominat de tutun, suferă din cauză că „se distruge", fără a putea reacționa.

Puțin câte puțin, „țigărilor bune", țigărilor pline de sens, excitante sau calmante, le succed simple țigări-habitudine, pe care subiectul nu mai are conștiința că le fumează (Lesourne). Această trecere de la utilizare la dependență se exprimă, într-un fel, prin pierderea sensului, prin „desimbolizarea" acestei conduite.

Rămâne dependența, uneori dorința de a pune un țel în pura repetiție a abandonului față de un obiect și de dominare repetată a acestui obiect. Toți marii

fumători știu azi că ei își asumă riscuri. Nu, ca la toxicomani, riscul imediat al rigorilor legii sau riscul supradozei*, ci riscul îndepărtat, vag, însă în mod cert ineluctabil al unei morți care ia forma cancerului: moarte progresivă, lentă, dureroasă; moarte despre care se poate spera să fie trăită conștient, într-o ultimă confruntare, într-o ultimă tentativă de a domina imposibilul. În asumarea riscului tabagismului, contemporanii noștri regăsesc poate în mod inconștient dimensiunea confruntării cu Celălalt, ceea ce îi dădea valoare religioasă la indigenii descoperiți de Cristofor Columb.

Bibl.: *Addiction Research Foundation*, Ontario, Toronto, 1985; Hirsch, A. et coll., *Lutter contre le tabagisme*, La Documentation française, Paris, 1988; Lesourne, O., *Le Grand Fumeur et sa passion*, P.U.F., Paris, 1984.

TABP (siglă a *Type A Behavior Pattern*). **Continuum de trăsături comportamentale manifestate de pacienți care sunt fie susceptibili de a suferi tulburări coronariene (tip A), fie total scutiți de acest risc.** → TIP A ȘI TIP B SAU TABP.

TAHIFEMIE (engl. *tachylalia*). **Rapiditate extremă a debitului verbal.**

Se poate observa în stările de excitație maniacă, cu fugă de idei și logoree, în unele reacții emoționale foarte vii și în episoadele hiperkinetice paradoxale ale bolii Parkinson.

TAHIPSIHIE (engl. *flight of ideas*). **Înlănțuire exagerat de rapidă de idei, caracteristică stării de excitație maniacă.** → FUGĂ DE IDEI.

TAT sau **THEMATIC APPERCEPTION TEST. Test proiectiv elaborat de Morgan și Murray, destinat copiilor și adulților.**

Este compus dintr-o serie de planșe care reprezintă scene ambigue, cu unul sau mai multe personaje: aceste planșe reproduc tablouri sau fotografii pe marginea cărora subiectul testat trebuie să imagineze o istorie. Interpretarea TAT se bazează pe o analiză a conținutului și formei fiecărei povestiri și vizează un reperaj al nucleelor conflictuale ale subiectului și al mecanismelor sale de apărare. Acest test promovează un ideal de Eu puternic, care se lasă îmbogățit, dar nu invadat de fantasme inconștiente. Este, împreună cu testul Rorschach, testul proiectiv cel mai utilizat în mod curent.

Bibl.: Bellak, L., *The TAT and CAT in Clinical Use*, Grune and Stratton, New York, 1954; Bellak, L., *The Thematic Apperception Test, The Children's Apperception Test and the Senior Apperception Technique in Clinical Use*, 4-e éd., Grune and Stratton, New York, San Diego, Orlando, 1986; Brelet, F., Le TAT: *Thematic Apperception Test: Fantasme et situation projective: narcissisme, fonctionnement limite, dépression*, Dunod, Paris, 1986; Murray, M.A., *Manuel du TAT*, livret éd. par le C.P., Paris, 1950; Shentoub, V., *Manuel d'utilisation du TAT; approches psychanalytiques*, Dunod, Paris, 1990; Collectif, „Rorschach et TAT", *Bulletin de psychologie*, tome XLIII, numéro spécial 396, 1990.

TEATRALISM (engl. *theatricalism, histrionics*). **Tendință exagerată la exprimarea spectaculară a unor stări emoționale, lipsită adesea de naturalețe și de sinceritate.**

Este o trăsătură frecventă a personalității isterice, asociindu-se cu labilitatea afectivă, cu afectarea sentimentelor și cu atitudini de seducție. Subiectul caută să întrețină în

jurul său o atmosferă de farmec sau de dramă, cultivând uneori un vocabular încărcat de superlative, de altfel în contrast cu vidul obișnuit al vieții sale sentimentale și sexuale.

TEMPERANȚĂ (engl. *temperance*). **Moderație în consumarea de băuturi alcoolice, destinată evitării efectelor nefaste asupra individului și societății.**

Noțiunea de moderație este ambiguă, fiind dată de variabilitatea vulnerabilității de la un individ la altul sau la același individ. Termenul de *temperanță* se aplică mai ales grupărilor care predică mefiența față de alcool, dar care, opunându-se prohibiționiștilor, autorizează consumul moderat de băuturi fermentate.

TEORIA CATASTROFELOR (engl. *catastrophe theory*). **Teorie datorată matematicianului R. Thom, după care, pe de o parte, orice situație stabilă care rezistă unor perturbații infinitezimale cunoaște limite rigide ale stabilității sale, iar, pe de altă parte, cunoașterea acestor limite permite prevederea schimbărilor bruște, al căror număr posibil este fixat la șapte.**

Interesul față de această teorie, după autorul ei, constă în aceea că poate fi aplicată la situații definite în aproape toate domeniile științelor umaniste, ca biologia, lingvistica, psihiatria.

În psihopatologie, dificultatea majoră a formalizării, ca și în alte domenii ale științelor umaniste, rezidă, pe de o parte, în numărul de parametri care intră în joc, iar, pe de altă parte, în caracterul discontinuu al acestor parametri. Teoria catastrofelor se sprijină tocmai pe aceste două caracteristici. Comprehensiunea proceselor morfogenetice (adică creatoare și distrugătoare de forme) este posibilă fără a se recurge la proprietățile specifice elementelor materiale și nici la natura forțelor care acționează *in situ*. Această teorie presupune că, dacă un proces este determinat prin maximalizarea sau minimalizarea a patru factori, singularitatea de suprafață astfel produsă se va putea asimila la una din cele șapte catastrofe.

Cu toate acestea, teoria, aplicată în special științelor umaniste, duce la o concepție reducționistă a științei; obiecție care se estompează dacă acceptăm necesitatea de a simplifica, fie și în mod arbitrar, un fenomen, cu condiția de a-l putea descrie corect. Elementele care intervin în modelul matematic sunt numite „atractori"; aceștia se definesc într-o zonă de atracție, conflictul lor fiind acela care duce la catastrofă. Numim „catastrofă elementară" orice situație de conflict între atractori, care se poate produce în mod stabil în spațiul-timp (în spațiul cu patru dimensiuni).

În domeniul științelor umaniste, modelul cel mai frecvent dintre cele șapte descrise de Thom este modelul numit „cută", acela în care există două dimensiuni de control și o dimensiune de comportament.

E.C. Zeeman a descris în felul acesta modelul agresiunii la un câine prins între furie și frică. Câinele la care furia și frica au atins o mare intensitate și o valoare egală nu mai poate fi neutru. Cuta atinge limitele bifurcării și comportamentul devine bimodal. Cu alte cuvinte, câinele fie o ia la fugă, fie devine agresiv.

La fel, în psihoza maniaco-depresivă, excitația și inhibiția a doi parametri de control constituie situația psihozei. Dacă examinăm excitațiile posibile, găsim că excitația expansivă este mai bine calificată pentru psihoză decât excitația paranoică. Starea obișnuită a subiectului nu este nici excitația expansivă și nici inhibiția. Dar, pe

măsură ce parametrii cresc în cantitate, punctul suprafeței de control proiectat pe suprafața de comportament se apropie de poziția bifurcației.

Ajuns în vecinătatea poziției, comportamentul basculează fie într-o parte, fie în alta. După unii autori (P. Wiener, „*Les applications de la théorie des catastrophes en psychopathologie*", în *Évolution psychiatrique*, no 3, tome 42, 1977, pp. 955–974), pot exista stări mixte: dacă sunt ușoare, rămân în zona bifurcației; dacă sunt grave, are loc în mod cert o disociere. Într-un sens, putem observa stări hipomaniace, un preaplin al impulsiei etc.; evoluția se poate face în direcția crizei maniace sau spre depresie. În celălalt sens, putem observa o scădere a tensiunii psihice: bolnavul se plânge de epuizare și dezinvestire. Evoluția poate sfârși în melancolie.

Modelul poate astfel reprezenta evoluția clinică. Interesul față de teoria catastrofelor constă aici în faptul că reprezintă într-un singur continuum integrarea trecerii calitative discontinui de la melancolie la manie și invers. Trebuie notat însă bine faptul că un astfel de model reprezintă psihoza maniaco-depresivă în mod limitat și mai ales faptul că nu o explică.

Alegerea unor parametri este, evident, importantă. Catastrofa în formă de *cută* rezumă la două numărul grupurilor de factori ai trecerii de la o extremă la alta; celelalte aspecte ale tabloului clinic nu sunt luate în considerare. Acest model a fost aplicat și la alte cazuri clinice, cum este epilepsia. Catastrofa în *coadă de rândunică* (trei dimensiuni de control, o dimensiune de comportament) se poate aplica la anorexie; catastrofa în *papion* (patru dimensiuni de control, o dimensiune de comportament) o poate reprezenta și ea, și chiar mai bine.

Interesul pentru lucrările lui Thom și Zeeman constă în aceea că pune problema formalizării (utilizarea de modele) în științele umane și îndeosebi în psihopatologie. Practic, aceasta se traduce prin aptitudinea mai mult sau mai puțin marcată a medicilor și psihiatrilor de a utiliza matematicile. Li se prezintă o serie de modele: sunt ele utilizabile, satisfăcătoare, perfectibile? Răspunsul la această întrebare aparține viitorului.

TEORIA GENERALĂ A SISTEMELOR (engl. *general systems theory*). **Proiect teoretic, propus inițial de L. von Bertalanffy, pentru a explica apariția unor proprietăți emergente într-un obiect (= sistem) format prin integrarea unui anumit număr de obiecte mai simple (= elemente).**

Cercetarea proceselor de integrare explică în acest caz faptul că „întregul este mai mult decât suma părților". O astfel de intuiție a fost adesea reluată, dar plusul de precizie obținut de atunci încoace i-a făcut pe autori să se distanțeze net de Bertalanffy.

Primii succesori ai lui Bertalanffy tratează, de fapt, două probleme în același timp: aceea a emergenței proprietăților proprii fiecărui nivel de integrare și acela al interacțiunii dintre elementele unite printr-o cauzalitate circulară. Reflecția ulterioară a condus la disocierea lor.

Problematica emergenței l-a determinat pe F. Jacob să creeze termenul *integron* pentru a desemna un obiect material situat la un nivel precis al organizării ierarhice a lumii vii. Fiecare integron depinde de un sistem cauzal care îi este propriu, chiar dacă, bineînțeles, acesta nu se găsește în ruptură radicală cu procesele care constituie cauza sistemului care corespunde unui integron de nivel inferior. Acest concept caută să exprime relativa autonomie a diverse niveluri de determinare, fără a face apel la un dualism de principiu. El implică ideea că nu putem prevedea comportamentul unui integron pornind de la cunoașterea comportamentului integronilor de la nivelurile inferioare.

Dimpotrivă, studierea proceselor de interacțiune între elemente unite printr-o cauzalitate circulară l-a făcut pe P. Delattre să analizeze din nou conceptul de sistem. Un proces cauzal linear se pretează lesne la predicție și mai ales face loc unei anumite proporționalități între cauză și efecte; dimpotrivă, un sistem cauzal circular (unde *a* îl influențează pe *b*, *b* îl influențează pe *c*, iar *c* îl influențează pe *a*) se pretează mai puțin la previziune, cu atât mai puțin cu cât buclele cauzale se multiplică și se încâlcesc. Punctul decisiv pentru determinarea comportamentului care rezultă se situează mai mult în modul de aranjare a elementelor (structura sistemului) decât în forța inputurilor sistemului.

Așa cum îl consideră Delattre, sistemul este un obiect formal a cărui funcționare rezultantă poate fi analizată pornind de la o descriere parametrică referitoare atât la structura sistemului cât și la interacțiunile acestuia cu mediul. O analiză a sistemului trebuie să permită, în cadrul unui model explicativ adoptat în prealabil, descrierea, chiar prevederea funcționării sale, pornind de la o descriere exhaustivă a inputurilor, a elementelor și a interacțiunilor lor structurale.

O asemenea descriere, care își va găsi încoronarea într-o nouă *teorie generală a sistemelor*, poate lua forme funcționale proprii sistemului respectiv: reglare stabilizantă, ambalare, fluctuații... Analiza trebuie să permită regăsirea, la nivelul elementelor și al interacțiunilor lor, a condițiilor care reglează aceste diverse regimuri de funcționare.

Paradigma mai recentă a rețelelor de automate ia în considerare o formă particulară de sistem, ale cărui elemente sunt automate interconectate. În cadrul formalismului care îi este propriu, inspirat în special din neuroștiințe, această paradigmă caută să arate geneza configurațiilor și a proprietăților funcționale, după o logică în definitiv destul de apropiată de aceea a teoriei generale pe care încearcă să o elaboreze Delattre.

Bibl.: Bertalanffy, L. von, *Théorie générale des systèmes*, 1968, trad.fr., Dunod, Paris, 1972; Delattre, P., *Système, structure, fonction, évolution*, Maloine-Doin, Paris, 1971; Gervet, J., Theraulaz, G., „Les systèmes biologiques existent-ils?", in J. Gervet et A. Tête (ed.), *Le tout et la partie*, Presses de l'Université de Provence, Aix-en-Provence, 1988; Jacob, F., *La logique du vivant*, Gallimard, Paris, 1970.

TERAPIE COGNITIVĂ (engl. *cognitive therapy*). **Terapie scurtă axată pe conștientizarea de către subiect a distorsiunii cu care el percepe și trăiește evenimentele nefericite din existența sa.**

Această terapie a recurs la o tehnică psihologică, vizând să suprime sau să estompeze afectele anxioase și/sau depresive, permițându-i pacientului să pună sub semnul întrebării temeiul ideilor care li se asociază și să le înlocuiască cu idei mai pozitive. Terapia cognitivă pornește de la ipoteza că unele dintre aceste afecte sunt rezultatul unei atitudini nerealiste a subiectului sau al unei distorsiuni perceptive a informațiilor primite, care le accentuează caracterul negativ, și că sunt întreținute printr-un monolog interior inadecvat. A. T. Beck, de exemplu, medic american care arată un mare interes pentru mișcarea

psihanalitică, consideră că individul deprimat are o viziune eronată și pesimistă despre sine, despre lume și viitor. Pentru a aborda ceea ce el consideră a fi o disfuncție cognitivă, terapeutul trebuie, într-un fel, să modifice ceea ce subiectul își spune despre el, determinându-l astfel să țină discursuri mai realiste despre sine, fără a critica totuși ceea ce i se spune. Demersul are numeroase analogii cu maieutica tradiției socratice. Cu toate acestea, spre a-i asigura o eficacitate terapeutică, se face de obicei apel la metode comportamentale în care restructurarea cognitivă are loc tocmai pornind de la sarcinile propuse subiectului (să noteze, de exemplu, anumite acte și sentimentele care li se asociază). Se vorbește în cazul acesta de terapie cognitivo-comportamentală, accentul fiind pus pe elementele cognitive pe care terapeutul se străduiește să le exploreze.

Bibl.: Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York, 1979.

TERAPIE COMPORTAMENTALĂ (engl. *behaviour therapy*). **Ansamblu de metode psihologice care urmăresc să-l ajute pe individ să-și învingă dificultățile generate de propriul comportament, învățându-l fie să-și modifice comportamentul, fie să perceapă în mod diferit circumstanțele în care el se manifestă și să acționeze astfel indirect asupra sa.**

În măsura în care aceste metode îi permit individului să se integreze mai bine în mediu, fie acesta fiziologic sau social, ele au o acțiune psihoterapeutică.

Terapiile comportamentale fac apel la teoriile învățării*: bazându-se pe date experimentale, ele consideră că unele comportamente sunt fie învățate prin procese de condiționare*, fie menținute prin acestea și că, așadar, ar trebui să fie posibilă stingerea lor și, dacă este necesar, înlocuirea cu alte comportamente, făcându-se astfel apel la un proces de recondiționare.

Se impune făcută o distincție între termenul *terapie comportamentală* și acela de *modificare a comportamentului*. Noțiunea de modificare a comportamentului este generată de cercetările de psihologie experimentală care, o dată cu behaviorismul, au căutat să-i redea acestei psihologii obiectivitatea, făcând din ea o știință a comportamentului care să asculte, potrivit opticii lui B.F. Skinner, de legi cărora nici fenomenele mentale însele nu le scapă.

Modificarea comportamentului nu implică cunoașterea unei etiologii. Tulburarea este tratată cu ajutorul unor programe care se inspiră din acelea ale cercetărilor privind condiționarea operantă. Îndeplinirea unui program este controlată fie de un educator — cum este cazul problemelor de învățământ —, fie de infirmieri (→ AGONISIRE DE JETOANE), fie, sub controlul unui specialist, de către subiectul însuși, în cazul în care acesta dorește să-și modifice obișnuințele alimentare sau să-și reducă tabagismul. Unele programe pot fi comunicate prin *mass-media* și controlate prin corespondență.

Aceste proceduri de modificare a comportamentului, care nu necesită relații interpersonale între comportamentalist și clienții săi, au fost puse în practică cu mult înainte ca terapiile comportamentale să ia avânt. Este cazul aversiunii condiționate (→ AVERSIUNE) utilizate în curele de degustare, în tratamentul enureziei și al multor altor tulburări funcționale, prin tehnici inspirate din cercetările asupra condiționărilor interoceptive inspirate de lucrările lui I. P. Pavlov.

În zilele noastre, *terapia comportamentală* implică un proces educativ mai specific, pus în practică de un specialist în sănătate mentală, fie el medic sau psiholog, pentru a-l ajuta pe pacient să-și rezolve dificultățile din sfera psihopatologicului. Acțiunea sa psihoterapeutică minimizează, fără a o suprima, relația transferențială, deoarece tulburarea nu trebuie interpretată. Pacientul este invitat să o descrie, să-i noteze frecvența, durata, circumstanțele în care survine, ca și stimulii care i se par a o declanșa sau întreține. Având loc în urma unui examen clinic (în cazul în care acesta s-a dovedit necesar), în care au putut fi explorate aspectele mai funcționale, în vederea prescrierii tratamentului, *analiza comportamentală*, completată de chestionare psihologice, este indispensabilă. Tocmai prin ea se amorsează procesul terapeutic în care, prin intermediul unor factori cognitivi, bolnavul va deveni puțin câte puțin conștient de faptul că își poate învinge dificultățile, diminuând, de exemplu, numărul riturilor, al verificărilor sau al ticurilor. În alte cazuri, mai ales în cazul fobiilor tratate prin desensibilizare sau prin imersie, el va constata că îi stă în putință să se expună din proprie inițiativă unor situații a căror valoare anxiogenă se estompează treptat.

Tehnicile utilizate în terapia comportamentală sunt numeroase și ele diferă după formularea terapeutului și cadrele conceptuale la care el se referă, fie că este vorba de acelea ale neobehaviorismului, de acelea elaborate de metodologia pavloviană, de acelea delimitate de învățarea socială sau, mai recent, de acelea ale psihologiei cognitive.

Astfel, în prezent, în contextul aportului multiplelor curente psihologice și al practicilor extrem de variate, terapiile comportamentale păstrează, desigur, ca scop modificarea unor comportamente *manifeste* (engl. *overt*), adică observabile pentru semen. Dar ele se referă și la evenimente *interne* (engl. *covert*), pe care numai subiectul le poate observa în el însuși: discursul său interior, de exemplu, sau interpretările pe care el le dă faptelor.

Date fiind curentele pluridisciplinare care au influențat abordările comportamentale, indicațiile acestora se lărgesc. Ele nu se limitează la modificarea comportamentului, ci caută să-l ajute pe individul supus unor stresuri de origini diverse să rezolve dificultăți de resortul psihiatriei, care exprimă probleme de adaptare socială sau se manifestă prin tulburări somatice.

În primul caz, tulburările anxioase sunt cele mai accesibile terapiilor comportamentale: anxietate generalizată (accesibilă desensibilizării sistematice, prin tehnicile de relaxare* și de training autogen*), diferitele fobii, disfuncțiile sexuale, riturile, verificările etc.

În cazul în care pe primul plan sunt dificultățile de adaptare socială sau acelea ale relațiilor interpersonale, ele pot fi uneori abordate prin antrenamentul în sensul asertivității, adesea practicat în grup, sau prin programe de activități ca acelea preconizate în terapiile de cuplu sau în acelea ale depresiilor.

Există, în sfârșit, numeroase tulburări care se manifestă pe plan fiziologic, în care suspectată este o componentă psihologică, fie că este incriminată a sta la originea lor, fie pentru că ajută la menținerea lor (afecțiuni cutanate, algii, astm, tulburări psihomotorii, tulburări de somn, hipertensiune esențială, cefalee, extrasistole etc.). Ceea ce numim *medicină comportamentală* își propune să le reducă. Ea face cel mai

adesea apel la tehnici de biofeedback*, care utilizează condiționări interoceptive.

Bibl.: Agathon, M., „Actualité des thérapies comportamentales", *Psychologie française*, 28, 2, 1982, pp. 199–202; Bandura, A., *L'apprentissage social*, Mardaga, Bruxelles, 1980; Cottraux, J., *Les thérapies comportamentales*, Masson, Paris, 1979; Eysenck, H. J., *La névrose et vous*, Mardaga, Bruxelles, 1977; Guelfi, J., Boyer, P., Consoli, S., Olivier-Martin, R., „Les thérapies comportamentales", în *Psychiatrie*, P.U.F., Paris, 1987; Wolpe, J., *Pratique de la thérapie comportamentale* (trad. J. Rognant), Masson, Paris, 1975.

TERAPIE DE CUPLU (engl. *marital therapy*). **Terapie axată pe organizarea detaliilor — în principal cele privind folosirea timpului — din viața în comun a unui cuplu, spre a o face mai satisfăcătoare pentru familie și pentru cuplul însuși.**

Terapia de cuplu se referă la diversele activități cotidiene ale celor doi parteneri, propunându-și să-i lase fiecăruia libertatea de a le îndeplini, respectând în același timp activitățile și dorințele celuilalt. Această terapie poate aborda, de exemplu, atitudinea lor față de școlaritatea copiilor, vizitele la părinți, organizarea loisirurilor și chiar, în unele cazuri, organizarea vieții lor sexuale.

Problema este, pentru fiecare dintre membrii cuplului, de a-și conștientiza propria funcționare și de a o ajusta în funcție de aceea a celuilalt. Terapia de cuplu diferă deci de terapiile sexuale sau de sfatul conjugal prin aceea că necesită prezența efectivă a celor doi parteneri și adeziunea lor comună la un program care vizează să obțină o schimbare în viața lor conjugală. Ea duce la angajamente sau la rezoluții care nu sunt trăite ca niște concesii mutuale, ci mai degrabă ca niște termeni ai unui contract, la care martor este terapeutul. Acesta are ca rol principal, în compromisul respectiv, să facă analiza comportamentului fiecăruia dintre clienții săi, adică să traducă prejudiciile fiecăruia — dacă există asemenea plângeri — într-o descriere obiectivă a comportamentelor reproșate partenerului sau care nu-l satisfac. Prin prisma acestei analize, la care doar soții participă, se stabilește o comunicare mai bună și se facilitează un proces de comprehensiune.

În mod implicit, aceste terapii se abțin de la a lua în considerare orice aluzie la noțiunile de personalitate și la anomaliile acesteia. Ele nu vizează decât să stabilească un echilibru mai stabil în funcționarea cotidiană a vieții cuplului, fără a face judecăți de valoare și nici remarci asupra comportamentelor pe care soții le doresc modificate.

TERAPIE DE GRUP (engl. *group therapy*). **Ansamblu de persoane reunite temporar în vederea unui obiectiv terapeutic.**

Utilizat la începutul secolului pentru a ameliora participarea la tratamentul lor a bolnavilor atinși de tuberculoză, grupul terapeutic a făcut obiectul a numeroase cercetări și aplicații în domeniile psihologiei sociale (K. Lewin) și psihanalizei, începând cu cel de-al doilea război mondial. Actualmente există numeroase forme de terapii de grup. Unele, ca grupurile de discuție și psihoterapiile de grup, utilizează schimburi verbale. Altele sunt mijlocite prin creativitatea artistică. Grupurile de psihoterapie utilizează psihanaliza aplicată la grup. Grupul este un obiect de investire impulsională. Viața sa fantasmatică este o cale de abordare privilegiată a aparatului psihic grupal. Regulile de funcționare sunt apropiate de acelea ale curei psihanalitice. Participanții sunt invitați să vorbească liber. Terapeutul sau terapeuții se abțin de la orice contact cu participanții în afara grupului. Locul de întâlnire și ora sunt fixate, precum și numărul de participanți, care variază de la 3 la 15. Cu toate acestea, în grupurile deschise, pot fi admiși noi participanți, dacă survin plecări. Durata terapiei poate fi fixată de la început, cuprinzând, în general, 40–60 de ședințe. Aceste terapii sunt indicate pentru pacienți capabili de mentalizare, de respectarea cadrului și pentru care situația dual este prea amenințătoare sau care au nevoie de a fi gratificați sau susținuți de grup. Dimpotrivă, personalitățile psihopatice sau perverse, ca și toxicomanii pot să facă dificilă funcționarea grupală. În timpul ședințelor, terapeuții rămân neutri și utilizează interpretarea la nivel grupal. Motorul terapiei este transferul. În grup are loc un proces descris de D. Anzieu și R. Kaës. Iluziei grupale de la început îi succedă „deschiderea universului imaginar grupal asupra lumii simbolice". Apoi are loc ancorarea fiecărui psyché în corp (anvelopă psihică), cu automatizarea fiecărui psyché individual. Plecările de pacienți în cursul terapiei sunt trăite ca final al curelor individuale. În cadrul instituțional, grupurile de discuție favorizează instituirea de noi roluri și o mai bună percepere a celor jucate de ceilalți, favorizează participarea la o muncă în comun. Mai recent un mare interes a trezit grupul-familie și s-au dezvoltat terapii de diferite orientări (sistemice, analitice). Sunt, de asemenea, extrem de utilizate grupuri cu medieri diverse, ca grupurile de relaxare*; același rol îl joacă diferitele tehnici corporale care au luat ființă în Statele Unite.

Bibl.: Anzieu, D., *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, nouv. éd., Dunod, Paris, 1981; Anzieu, D., Bejarano, A., Kaës, R., Missenard, A., Pontalis, J.-B., *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Dunod, Paris, 1972.

TERAPIE DE RE-NAȘTERE (engl. *rebirthing*). **Formă de psihoterapie fondată pe hiperventilația pulmonară și care tinde să facă a fi retrăită nașterea pacientului, dedramatizându-i aspectul traumatic.**

Rebirthing-ul a fost inventat în Statele Unite, la începutul anilor '60, de către L. Orr. Studiind dezvoltarea personală a unor „pacienți nevrotici și anxioși", Orr s-a convins că ideile noastre creează lumea în care evoluăm, fiecare dintre noi cultivând atât idei pozitive, cât și altele, negative (responsabile de nevroză), a căror valoare s-ar putea inversa într-un proces psihoterapeutic special. Suferința nevrotică ar veni de la persistența unor viziuni negative despre lume care țin îndeosebi de experiența traumatică a nașterii (O. Rank) și care determină dorința de a muri (spre a se întoarce la „neființa" de dinainte de naștere). Ar fi deci suficient, crede Orr, să se acționeze asupra surselor acestor idei negative, făcându-l pe pacient să-și retrăiască nașterea, dându-i o valoare pozitivă. Tehnica aceasta se apropie de „strigătul primal"* al lui A. Janov.

Bibl.: Levadoux, D., *Re-naître*, Stock, Paris, 1979.

TERAPIE FAMILIALĂ (engl. *family therapy*). **Psihoterapie colectivă care urmărește să trateze ansamblul familiei în care se află pacientul considerat bolnav.**

În loc de a fi centrată pe cazul individual al bolnavului, acțiunea terapeutică se

adresează întregului grup familial, considerat de obicei ca un sistem a cărui disfuncție generală s-ar exprima prin psihopatologia particulară a unuia sau a mai multora dintre membrii săi.

ISTORIC. A schița istoricul terapiilor familiale este greu, deoarece nu avem de-a face cu dezvoltarea specifică a unui curent de gândire, ci mai degrabă cu un număr de sinteze variate, operate în orizonturi diverse: psihoanaliză, cibernetică, lingvistică, teoria sistemelor etc. Așa încât, de fapt, nu există raționamente pe care să le putem infera unele din altele până când vom obține un model suficient de elaborat ca să dăm seama de fenomene și de modalitățile de a le modifica.

Majoritatea autorilor, cultivând curiozitatea istorică, fixează drept o primă dată demnă de evocat anul 1877. Publicarea de către J. P. Falret, în acel an, a studiului său privind „nebunia în doi" reprezintă cea dintâi analiză clinică care subliniază rolul interacțiunii în organizarea tulburărilor mentale. În 1905, dr. Pratt, care lucra într-un sanatoriu, din lipsă de timp și de personal, a ajuns să regleze problemele tensiunilor relaționale prin reunirea bolnavilor în mici grupuri. Datorită acestui procedeu al interacțiunilor a obținut succese uimitoare. S. Freud, în 1909, descrie o psihoterapie cu implicare familială în tratamentul unui copil în vârstă de 5 ani, pe care nu l-a văzut decât o singură dată (cazul „micului Hans"). Tatăl era acela care raporta materialul clinic și îi dădea fiului său interpretările.

Ca urmare a cercetărilor lui Freud asupra conflictului oedipian și nevrozei infantile, unii psihanaliști francezi publică lucrări în care sunt privilegiate fantasmele care circulă în grupul familial. În 1936, R. Laforgue descrie ceea ce el numește „nevroza familială". „Termenul — scriu J. Laplanche și J.-B. Pontalis — regrupează în mod cvasiimagistic unele achiziții esențiale ale psihanalizei: rolul central, în constituirea subiectului, al identificării cu părinții; complexul lui Oedip ca un complex nuclear al nevrozei; importanța relației dintre părinți în formarea complexului lui Oedip" etc. Laforgue insistă în special asupra influenței patologice a unui cuplu parental constituit în funcție de o anumită complementaritate nevrotică (cuplu sado-masochist, de exemplu). J. Leuba, în 1936, se interesează, de asemenea, de familiile nevrotice și îndeosebi de modul de transmitere de la o generație la alta a cutărui sau cutărui tip de nevroză. În 1937, N. Ackerman, psihiatru american din New York, adevărat pionier în practica terapiilor familiale, emite mai multe principii de bază: ajutarea familiei de a defini mai clar conținutul exact al conflictelor; contracararea deplasărilor nejustificate de conflicte; raportarea conflictelor interpersonale, spre a fi tratate mai eficient.

În 1942, T. și R. Lidz pot scrie: „Conflictul interior cu care este confruntat pacientul, cu sentimente ambivalente față de unul sau față de ambii părinți, loialitățile divizate, identificările instabile, încorporarea ostilității dirijate spre unul sau altul dintre părinți, toate acestea se datorează influenței celor doi părinți."

Anii de după cel de-al doilea război mondial înregistrează o renaștere a interesului pentru psihologia socială, ceea ce duce la dezvoltarea psihologiei dinamicii grupului (K. Lewin), a psihodramei și sociometriei (J. L. Moreno), a doctrinei grupurilor de întâlnire (C. Rogers). În același timp apar teoria informației (C. E. Shannon și W. Weaver), teoria jocurilor (O. von Neumann și O. Morgenstein), gândirea cibernetică (N. Wiener), teoria generală a sistemelor (L. von Bertalanffy).

Pentru T. Parson, în familiile schizofrenice există fie o schismă conjugală, fie o distorsiune conjugală, în care fiecare partener subminează acțiunea și autoritatea celuilalt, rivalizând pentru a obține loialitatea copilului. Frontierele generaționale și sexuale sunt distruse, ceea ce provoacă legături încărcate de conotații incestuoase și homosexuale.

L. Wynne descrie relațiile de „pseudomutualitate" și de „pseudoostilitate" în structurile familiale rigidizate și imuabile. În climatul de ajutor aparent și de opoziție aparentă, limitele câmpului familial se întind și se contractă ca o „barieră de cauciuc" pe care nimeni nu o poate trece.

M. Bowen utilizează expresia „masă de Eu familial nediferențiată" pentru a califica unele familii extrem de intricate emoțional. Tot el emite ipoteza că sunt necesare trei generații pentru a produce un schizofrenic. El descrie cel dintâi triangulația, situație în care o persoană se găsește în poziție de „paratrăsnet" față de celelalte două, coalizate împotriva sa. Conflictul care opune cele două persoane este astfel canalizat, pentru un timp variabil, asupra unei a treia; dincolo de pragul de toleranță, aceasta din urmă prezintă în acest caz simptome.

Pentru I. Boszomenyi-Nagy, există un veritabil registru, carte de conturi transgenerațională de obligații și de merite, care permite echilibrarea dispozițiilor testamentare juridice în sânul familiei. Pentru P.C. Racamier, paradoxul este o nerecunoaștere a activității propriului Eu, paradox care, „în versiunea sa malignă", îl înnebunește pe cel vizat, care în mod insidios devine incapabil să reacționeze, atât pe plan mental, cât și pe plan afectiv. Paradoxul esențial constă în aceea că obiect, subiect sau relație nu există decât neexistând.

S. Lebovici insistă asupra istoriei familiale a unei nevroze. El îi reproșează Melaniei Klein că nu acordă locul cuvenit obiectelor dramei oedipiene, tatăl și mama, în constituirea personalității copilului. Mama psihoticului a fost și ea observată în mod deosebit ca „schizofrenigenă", mai ales în sensul în care manifestă o prezență excesivă la toate nivelurile; după aceea ea este descrisă ca fiind, de fapt, o perversă. Tatăl psihoticului este și el descris ca absent, carențial, ineficient. Dar în fața absenței alterării individuale statistic evidente aceste noțiuni sunt abandonate, iar finalmente este luată în considerare dinamica familială în ansamblul ei.

În 1956, G. Bateson, antropolog de origine engleză, publică, împreună cu colaboratorii săi de la Palo Alto, teoria dublei legături*. Într-o astfel de situație, copilul este „victima" unui mesaj contradictoriu la două niveluri de abstracție diferite, pe care el nu le poate distruge, întrucât sunt acoperite de o a treia injoncțiune negativă, la un nivel superior celor două precedente. În 1964, totuși, Bateson lărgește acest concept, admițând că descrierea tipului de călău-victimă trebuie, de fapt, transpusă în ansamblul contextului familial; cu atât mai mult cu cât, la rândul său, copilul va emite mesaje paradoxale. Unii autori văd în dubla legătură un factor etiologic al psihozei, iar alții un factor etiologic al întregii patologii mentale; nu lipsesc însă nici autorii care admit că acest mod relațional există, dar că totuși nu este mai răspândit în „familiile patologice" în comparație cu „familiile normale". Oricum ar sta lucrurile, descrierea acestui tip de disfuncție a fost un punct de plecare important în numeroase

cercetări referitoare la tulburările comunicării în sistemele familiale.

Scrierile lingvistului R. Jakobson pot fi și ele considerate ca aflându-se la originea acestor cercetări, în special a acelora care figurează în *Lingvistica și teoria comunicării*. El acordă o mare importanță prezenței fizice a receptorului și consideră că „există fără îndoială *feedback* între cuvânt și ascultare, dar [că] ierarhia celor două procese se inversează când se trece de la codificator la decodificator [...]; aceste două aspecte distincte ale limbajului [...] trebuie privite drept complementare". Întocmai ca inginerul de telefoane Shannon, el notează că sensul pe care îl va căpăta un mesaj va fi legat de contextul în care urmează să fie integrat.

În 1954, D.D. Jackson, membru și el al grupului de la Palo Alto, definește familia ca pe un sistem homeostatic, așadar ca pe un sistem întotdeauna în echilibru intern, datorită unor fenomene de retroacțiune negativă. În cursul psihoterapiilor individuale el constată că modificările pacientului însuși determină schimbări la nivelul altor membri ai familiei, pe de o parte, și la nivelul interacțiunilor familiale, pe de altă parte. El postulează, în consecință, că grupul familial este acela care trebuie supus terapiei. Mai târziu el se va număra printre cei care „prescriu simptome", sugerându-le pacienților paranoici, de exemplu, să fie mai suspicioși. Aceste practici au fost la început mai mult intuitive decât elaborate, neavând nici o bază teoretică solidă. Numai ulterior școala de la Palo Alto și apoi cea de la Milano vor izbuti să găsească suporturi conceptuale.

J. Haley, coautor al lucrării princeps referitoare la dubla legătură, propune în 1959 o modelare a disfuncției familiilor de schizofrenici. El observă că fiecare membru marchează o discordanță între ceea ce spune și modul în care o spune: fiecare descalifică ceea ce spune celălalt, vorbe care nu ar fi trebuit spuse, în orice caz nu în modul în care au fost spuse. El constată că nici o autoritate nu este definită în lumea actelor și responsabilităților familiale și că nici o alianță clară nu este admisă.

Acest mod de a aborda relația va fi reluat și dezvoltat, 15 ani mai târziu, de M. Selvini-Palazzoli și de colaboratorii săi, la Milano. Dezvoltate în Statele Unite, în anii '50, pornind de la modele psihanalitice, terapiile familiale s-au multiplicat, extinzându-se apoi, în anii '60, în Canada și Europa. Putem admite că în Franța ele au fost introduse de J.F. Bargues și M. Demangeat, la congresul de psihiatrie și de neurologie în limba franceză din Tunis (1972) [sic! — notă L.G.].

CLASIFICAREA TERAPIILOR FAMILIALE. În mod schematic, putem distinge terapii familiale psihanalitice și nonpsihanalitice. Ele includ teorii și practici destul de diferite, pe care le unește doar abordarea familiei în întregul ei. Este însă de subliniat că unii fac încercarea unor dificile abordări de sinteză.

Terapiile familiale psihanalitice. Aceste terapii, eterogene și ele, admit că pacientul purtător de simptome este, de fapt, expresia unor conflicte intrafamiliale. Se ține seama în mod deosebit de legăturile care există între dispoziția psihică a unui individ și aceea a grupului care face presiune asupra lui, fără ca prin aceasta el să înceteze să contribuie la determinarea respectivului grup. De asemenea, o importanță primordială se acordă influenței proceselor de schimb, cel mai adesea inconștiente, între rudele apropiate, asupra persoanei care suferă de tulburări mentale, asupra

caracterului acestor tulburări, asupra simptomelor și desfășurării lor. „Constatăm adesea că un individ bolnav psihic nu se poate vindeca atâta timp cât o profundă perturbare marchează viața familială înconjurătoare" (H.E. Richter). Maladia mentală poate face parte din rolul special pe care restul familiei îl atribuie în mod inconștient „victimei" sale. Aceasta din urmă poate canaliza o tensiune generală care riscă să devină insuportabilă. Psihanaliza clasică este în mod simultan o teorie care explică funcționarea aparatului intrapsihic și o metodă de investigație și de terapeutică a conflictelor psihice.

Pacientul, în principiu, stă tolănit pe divan și se lasă în voia asociațiilor libere, în timp ce psihanalistul, așezat în spatele lui, interpretează materialul furnizat în ședință (transfer, vise, rezistențe, momente de tăcere etc.) și facilitează conștientizarea. Ședințele au loc în mod regulat, de două sau trei ori pe săptămână, în general pe parcursul a mai mulți ani. Numai că dacă pacientul nu mai este doar „o" persoană, ci „familia" în întregul ei, bineînțeles că analiza nu mai poate fi practicată astfel. Familia și terapeutul sau terapeuții sunt așezați în cerc și nu se pot reuni de mai multe ori pe săptămână. Pe de altă parte, ceea ce este analizat nu sunt atât conflictele intrapsihice ale unui individ cât acelea dintre diferite persoane. Iar dacă, în acest tip de terapie, se ține seama de conflictele unui membru, este înainte de toate pentru semnificația pe care ele o capătă în dinamica familială. Teoria psihanalitică, teorie care, în mod clasic, se aplică pacientului izolat, ține aici seama de diferiții participanți.

În cursul ședințelor, principiile psihanalitice de bază sunt deci utilizate, ținându-se seama de aceste modificări, căutându-se ca și în acest caz analizanții să conștientizeze conflictele care, „deși îi opun, îi unesc".

Terapiile familiale structurale. Aceste intervenții au fost elaborate îndeosebi de S. Minuchin și de școala sa din Philadelphia. Familia este definită ca matrice a identității, permițând fiecăruia dintre membrii săi să se individualizeze, păstrând, totodată, sentimentul de apartenență la grup. Familia este considerată un sistem, adică un ansamblu care cuprinde un aspect structural (organizarea spațială) și un aspect funcțional (organizarea temporală). Minuchin distinge în interiorul sistemului unități mai reduse care constituie subsistemele. Fiecare individ aparține diferitelor subsisteme; putem distinge, de exemplu, subsistemul conjugal, parental, fraternal etc. Regulile funcționării fiecărui subsistem au ca efect protejarea diferențierii sistemului în întregul său. Aceste adaptări inevitabile au loc după ce s-a trecut prin faze tranzitorii de nediferențiere și de anxietate care caracterizează situațiile noi.

Familia, în calitate de grup uman, se guvernează cu ajutorul unor reguli și funcționează după modele tranzacționale. Marile reguli provin din mediul social înconjurător și vor fi adaptate de familie în funcție de propria-i istorie, de credințele sale, de mitul ei (unii vorbesc în acest caz de metareguli). Alți autori, ca Boszormenyi-Nagy și H. Stierlin, au insistat mai mult asupra noțiunilor de loialitate, delegație, dispoziții testamentare, merit, conflicte de misiune. Într-un fel, totul s-ar petrece ca și cum fiecare ar trebui să dea seama de meritele sale, prezente și trecute. Faptul de a îndeplini sau nu dispoziția testamentară (misiune încredințată de-a lungul generațiilor) se repercutează asupra „bilanțului meritelor" fiecărui membru al grupului. „În cursul terapiei, terapeutul se afiliază familiei cu

obiectivul de a schimba organizarea familială în așa fel încât trăirile membrilor familiei să se schimbe. Facilitând utilizarea altor modalități de tranzacție între membrii familiei, terapeutul folosește matricea familială pentru procese de vindecare" (Minuchin). Tot pentru acest autor, „terapia familială structurală este o terapie de acțiune. Se pune problema modificării prezentului. Ținta intervenției este sistemul familial".

Cercetarea tranzacțiilor, a alianțelor de coaliții trebuie să permită obținerea de modificări care, la rândul lor, să se repercuteze asupra structurii și funcționării familiei.

Terapiile familiale sistemice. Sub formele lor cele mai elaborate, aceste abordări au fost conceptualizate de Selvini și colaboratorii săi, la Centrul pentru studierea familiei din Milano. Aceste terapii se bazează pe un anumit număr de cercetări și ipoteze.

Familia este considerată un sistem cu autoreglare, adică un ansamblu de elemente și de interacțiuni care se guvernează pornind de la propriile-i reguli. Acest grup natural, biologic și social se organizează prin încercări, tranzacții și retroacțiuni corective. Numai regulile permise în relație sunt menținute. Fiecare grup, așadar, pornind de la istoria sa și de la contextul în care se dezvoltă, își făurește propriul cod. Regulile astfel conservate se manifestă în acest caz în tranzacțiile dintre membrii familiei. Aceste tranzacții au un caracter de comunicare atât pe plan verbal, cât și pe plan neverbal. Pentru o familie dată, conduitele patologice ale unuia sau mai multora dintre membrii săi pot fi în acest caz considerate tranzacții particulare care nu urmăresc decât să mențină reguli specifice. A identifica și apoi a modifica o regulă fundamentală permite deci să se obțină o retrocesiune a simptomatologiei.

Ca urmare a cercetărilor lui C. Bernard și ale lui W.B. Cannon, teoreticienii descriu la orice sistem două proprietăți fundamentale, anume, pe de o parte, o tendință homeostatică, iar, pe de altă parte, o capacitate de transformare. În sistemele patologice predomină în mod clar tendința la homeostazie. De altfel, fiecare element al sistemului acționează asupra sistemului, fiind la rândul său influențat de comunicările care îi parvin de la sistem. Fiecare membru al familiei îi influențează pe ceilalți membri și este influențat de ei.

Promotorii teoriei sistemelor au lăsat de-o parte viziunea reducționistă, mecanicistă și cauzalistă a științei clasice spre a adopta viziunea circulară asupra fenomenelor. După Selvini-Palazzoli, „actul de a descrie o situație cere, prin faptul însuși că se folosește limbajul, un înainte și un după, un subiect și un obiect, în sfârșit, un postulat de la cauză la efect [...]; limbajul este linear. Dar limbajul nu este realitatea. Realitatea vie este circulară". Abordarea sistematică este o conceptualizare „acauzalistă", care se bazează pe percepția globală și examinează mai degrabă efectele interacțiunilor decât natura lor.

În maniera lui B. Russell, putem spune: acest lucru este rotund, roșu și așa mai departe. Dimpotrivă, dacă spunem: acest lucru este mai mare decât acela, îi atribuim nu numai o calitate, ci și o relație. Iată de ce propozițiile care stabilesc o anumită relație între două lucruri au o formă diferită de propozițiile de tip subiect-atribut.

Autorii dublei legături s-au bazat și pe teoria tipurilor logice a lui Russell, care susține că o clasă nu ar putea fi membrul ei însăși și că unul dintre membri nu ar putea reprezenta clasa. Ipoteza lui G. Bateson și

a colaboratorilor săi a fost că, în schizofrenie, discontinuitatea între cele două niveluri de abstracție diferite nu este respectată. Cercetările școlii de la Palo Alto furnizează, în plus, „instrumente" adecvate pentru analiza comunicării: conceptul de context ca matrice a semnificatului, noțiunea de punctuație în interacțiune, noțiunea de poziție simetrică sau complementară în relație, coexistența la om a două limbaje, analogic și digital; sunt de adăugat la acestea necesitatea de a defini relația și diferitele niveluri verbale și neverbale în care o asemenea definiție poate avea loc și noțiunile fundamentale de paradox simptomatic și de paradox terapeutic (Selvini-Palazzoli). După teoreticienii comunicării, în special după A. Daigremont și colab., oricărui mesaj verbal îi putem descrie: un conținut literal; un context la care acesta se referă; un afect care îl însoțește; o metacomunicare purtată de elementele mesajului și care este o comunicare asupra sensului mesajului însuși, un fel de calificare a conținutului; o informație asupra tipului de relație între emițător și receptor. Mesajul este rezultatul unui compus polimodal care asociază mai multe tipuri comportamentale de expresie: tonal, postural, contextual, verbal..., fiecare din ele specificând sensul celorlalte. Diversele elemente care intră în acest compus sunt pasibile de permutații variate, mergând de la congruență la incongruență și paradox. Principalele deducții terapeutice propuse de școala de la Milano sunt următoarele:

1) *Prescripția precoce.* Este cerința pe care terapeuții o formulează familiei, la sfârșitul primei ședințe, în sensul ca aceasta să execute o sarcină determinată înainte de a doua convorbire.

2) *Ritualurile familiale.* Acestea sunt și sarcini, dar care țin seama, în ședințele ulterioare, de simptome, de credințele familiale și de regulile de funcționare a grupului familial. Este deci vorba de o prescripție de comportament, adică de prescripția unui limbaj analogic.

3) *Conotația pozitivă.* Acest principiu terapeutic a început să fie utilizat de școala de la Milano spre a accede la „familie ca unitate sistemică". Terapeuții, după ce au ghicit jocul, nu-l explică, nu-l interpretează, nu critică în nici un fel familia, lăsând impresia că nu doresc să schimbe nimic în ea. Ei o acceptă, situându-se în mod conștient de partea ei, ca garanți ai continuității ei. Cu toate acestea, făcând lucrul acesta, ei anulează în secret o regulă a sistemului: ei metacomunică asupra jocului, îl dezvăluie, îl exagerează spre a-l face la sfârșit acceptabil" (Selvini-Palazzoli).

INDICAȚII. Ședințele, care includ pacientul și familia sa, au loc o dată pe lună, în prezența unuia sau a doi terapeuți, iar uneori și a unui supervizor așezat îndărătul unei oglinzi unitransparente. Material de înregistrare video este frecvent utilizat pentru studierea *a posteriori*. Oglinda și materialul de înregistrare le sunt arătate participanților în cursul primei ședințe și prezentate ca unelte de lucru indispensabile, al căror conținut va rămâne confidențial. Sunt încheiate contracte pentru 5–10 ședințe, fixate dinainte și, dacă e cazul, reînnoite. Aceste tehnici noi necesită echipe bine pregătite și suficient material.

Pe de altă parte, consumând mult timp și cerând implicarea multor terapeuți, aceste practici trebuie să aibă indicații judicioase. Din acest punct de vedere se pare că trebuie reținute îndeosebi cazurile în care este vorba de conduite alcoolice sau toxicofile, afecțiuni psihosomatice (astm,

ulcer gastroduodenal etc.) și schizofreniile la debutul lor. Terapeuticile acestea sunt axate pe *cum* și nu pe *de ce*. Trecutul nu are importanță decât dacă are o incidență directă asupra lui *hic et nunc*.

O genogramă, un fel de arbore genealogic, este repede reconstituit pe parcursul ședințelor. El permite situarea pacientului în istoria familiei și sesizarea miturilor și credințelor care sunt vehiculate de-a lungul generațiilor. Se întâmplă, într-adevăr, ca simptomele să „mimeze" un membru al familiei, mort sau în viață. Terapiile familiale sunt tot mai practice, mai ales — lucru lesne de înțeles — în sectorul public (servicii spitalicești, dispensare, centre medico-psihologice). Practicarea lor nu exclude alte niveluri de intervenție: medicamentos, intrapsihic, social.

Bibl.: Benoît, J.-C., Malarewicz, J.-A et alii, *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Éditions E.S.F., Paris, 1988; Minuchin, S., *Familles et thérapie*, J.P. Delarge, Paris, 1979; Richter, H.E., *Psychanalyse de la famille*, Mercure de France, Paris, 1971; Selvini-Palazzoli, M. et coll., *Paradoxe et contre- paradoxe*, E.S.F., Paris, 1979; Watzlawicz, P. et coll., *Une logique de la communication*, Le Seuil, Paris, 1972.

TERAPIE INSTITUȚIONALĂ (engl. *institutional therapy*). **Metodă care caută să-i trateze și să-i readapteze pe bolnavii mintali acționând asupra structurii sociale a instituției psihiatrice în care aceștia sunt îngrijiți.**

Trebuie să vorbim de una sau de mai multe terapii instituționale? Căci formele acestei terapii sunt foarte variate: poate fi vorba de un tratament centrat pe spitalul psihiatric ca atare, care trebuie tratat ca un bolnav realmente contagios (F. Tosquelles), reformat cum reformezi o instituție arhaică (P. Sivadon) sau pur și simplu distrus (F. Basaglia); sau poate fi vorba doar de o utilizare abilă (unii vor spune „manipulare"), cu ajutorul unor tehnici psihosociale și organizaționale, a instituției, această formă de terapie fiind în acest caz un simplu ajutor dat celorlalte terapii și tratamentelor medicamentoase individuale aplicate pacientului (→ PSIHOTERAPIE).

Termenul pare să fi fost propus pentru prima dată de G. Daumézon și P. Koechlin, spre a desemna „ansamblul de conduite reglate în scop terapeutic, folosindu-se mijlocirile mediului în care trăiește pacientul". Pentru Daumézon instituția nu se limitează doar la spital, din ea făcând parte medicul și toți ceilalți care sunt implicați în actul tratamentului (1952).

Prima experiență de terapie instituțională, în Franța, a avut loc la Saint-Alban (Lozère), în plină ocupație germană, fiind animată de psihiatrul republican spaniol F. Tosquelles, refugiat. În acest spital psihiatric extrem de izolat s-a desfășurat o activitate exemplară: „Implantarea sa rurală și complicitatea întregului personal medical, infirmier și administrativ — scrie J. Ayme — au permis să fie aplicate, pentru și de către bolnavi, toate tehnicile de supraviețuire la care au recurs cetățenii acestei țări în anii aceia. Aceste conduite de schimburi și de solidaritate în fața pericolelor și a unor măsuri care implicau angajamente, inițiative și riscuri trăite în comun au fost, pe un plan mai general, benefice pentru sănătatea mentală a țării, creând condițiile sociologice ale nașterii psihoterapiei instituționale de îndată ce avea să intervină în acest domeniu un aport teoretic care să permită depășirea empirismului."

Tosquelles a descoperit acea teorie mai întâi la psihiatrul german H. Simon,

care preconizase o „terapie activă", metodă de tratare a bolnavilor prin activitate și muncă, acționând asupra întregii vieți a pavilionului de spitalizare, spre a se evita ca acesta să secrete cronicizarea și agravarea bolii mintale. Problema era, pentru dânsul, de a „trata boala de pavilion", restabilind comunicarea între îngrijitori și îngrijiți, în spații de activitate unde era posibilă o anumită „intervenție interpretativă" care trebuia să se limiteze, cum spune Daumézon, la un *„hic et nunc* concret" al instituției. Analiza era în acest caz de tip sociologic și dialectic, inspirată din concepte hegeliano-marxiste (R. Loureau, *L'analyse institutionnelle*, 1971).

Prin 1965 ea va lua o altă orientare, inspirându-se din psihanaliza lacaniană, în cadrul Societății de psihoterapie instituțională. Cu G. Michaud, J. Oury, P. Rappard, „colectivul" de tratament își va centra analiza instituțională pe reuniuni, cluburi de ergoterapie, grupuri de discuție „care se articulează dialectic"..., „reuniunile putând fi comparate schematic cu niște operatori", iar „clubul constituind o suprafață relativ autonomă în câmpul de articulare a tuturor grupurilor" (J. Oury). Această practică permite o veritabilă „topologie a întâlnirii". F. Guattari și J. Oury subliniază în acest caz necesitatea câtorva principii esențiale: libertate de circulație; existența unor spații concrete bine structurate; menținerea de contacte cu pacienții, revizuibile la intrare ca și la ieșire, accesibilitate permanentă, dispunându-se de grile simbolice și de medieri. Totul se impunea reluat într-o analiză în care marile concepte lacaniene asupra limbajului și psihozei trebuiau utilizate din plin. Unii, ca R. Castel, au regretat această evoluție care, după părerea sa, a golit terapia instituțională de dinamismul cvasirevoluționar al începuturilor sale. Trebuie recunoscut că ea s-a diluat, în cursul ultimelor două decenii, în constelația unor structuri intermediare, în mijlocul unui sector psihiatric* centrat tot mai mult pe o intervenție intercomunitară, serviciul spitalicesc nemaifiind decât locul de tratament al fazelor psihotice acute sau procesuale, în sejururi destul de scurte. Finalmente, centrele de tratamente îndelungate, adesea private (cum sunt clinicile de la Cour-Cheverny sau de la Chailles) sunt acelea care au reușit mai bine să întrețină spiritul terapiei instituționale, făcând din spațiile lor veritabile instrumente terapeutice.

Bibl.: Chazaud, J., *Introduction à la psychiatrie institutionnelle*, Privat, Toulouse, 1978; Oury, J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, Paris, 1976.

TERAPIE PRIN CONDIȚIONARE (engl. *therapy conditioning*). **Terapie care face apel la condiționare, concepută ca o operație la capătul căreia este dobândită, la o ființă vie, o reacție care nu face parte din repertoriul său de răspunsuri înnăscute.**

Condiționarea joacă un rol esențial, dar nu exclusiv, în învățare, aceasta din urmă definindu-se ca o schimbare de comportament facilitată de factori volitionali dobândiți într-un mod mai specific prin experiență, obișnuință, educație și prin repetarea situațiilor.

Îndeosebi factorii emoționali puși în joc în achiziționarea diverselor tipuri de condiționare au permis elaborarea de ipoteze asupra genezei unor tulburări psihopatologice și luarea în considerare a utilizării lor terapeutice. Unele dintre aceste tulburări pot fi considerate ca fiind învățate printr-o procedură de condiționare, de exemplu în cazul în care o reacție emoțională,

de intensitate excesivă, la un stimul s-a manifestat și persistă apoi în absența acelui stimul, survenind ca răspuns la stimuli care prezintă analogii cu primul. Terapia va consta în amorsarea unui proces de decondiționare adesea evocat în psihoterapii și în mod deosebit în terapiile comportamentale și cognitive.

Pe de altă parte, teoriile strict behavioriste au arătat că unele comportamente, privite izolat în conduita unui individ, pot fi modificate prin tehnici de condiționare operantă. Uneori prezintă interes terapeutic ajutarea unor subiecți de a dobândi obișnuințe noi, prin procese inspirate din aceste tehnici. În felul acesta pot fi formate, prin învățări corespunzătoare, noi obișnuințe, alimentare, de exemplu, sau reacții mai bine adaptate la normă decât erau înainte, la stimuli de natură socială sau la diverse solicitări ale lumii exterioare. Noțiunea de întărire, la care fac apel principiile educative, rămâne în acest caz indispensabilă pentru a înțelege cum și în ce măsură condiționarea își are locul într-o terapie.

TERAPIE SCURTĂ (engl. *brief therapy*). **Psihoterapie în mod voit limitată în timp și cuprinzând maximum 10–20 de ședințe.**

Cel dintâi care a practicat terapii scurte de inspirație psihanalitică este S. Freud însuși. Mai târziu ele au fost practicate în mod mai elaborat de către F. Alexander și școala din Chicago. Actualmente cea mai practicată este tehnica focalizată pe o problematică dată. Terapiile scurte sunt, de asemenea, practicate în cadrul relaxării și în terapia familială.

TEST GUTHRIE (engl. *Guthrie's test*). **Metodă de detectare a fenilalaninei în sânge prin dozarea neutralizării de către această substanță a unei inhibiții microbiologice provocată de beta-2-tienilalanină.**

Prezența unei hiperfenilalaninemii (6 mg/100 ml sau mai mult) confirmă existența unei dismetabolii ereditare (recesiv autosomică), fenilcetonuria, care, dacă nu este tratată, determină o arieratie intelectuală deosebit de severă. Tratamentul, esențialmente dietetic, constă într-o restricție alimentară în privința fenilalaninei. El va fi cu atât mai eficace cu cât va începe mai precoce, deoarece boala vatămă dezvoltarea mielinei la începutul vieții, mai ales în perioada mielinizării active. De unde și interesul ca această testare să se facă sistematic, din perioada neonatală.

TEST PROIECTIV (engl. *projective test*). **Test al cărui obiectiv principal este stabilirea unui diagnostic diferențial de organizare a personalității, atât normale cât și patologice.** (Sinonim: test de personalitate).

Testele proiective confruntă subiectul cu o situație căreia el îi răspunde potrivit sensului pe care îl are pentru dânsul, deoarece stimulii utilizați, slab structurați, permit un număr foarte mare de răspunsuri. Testele proiective fac apel la mecanismele de adaptare la realitate, mecanisme care regizează utilizarea adecvată a percepțiilor (înțelegerea corectă a conținutului itemurilor testului), și la mecanismele de proiecție, prin care se exprimă elementele fantasmatice și afective care reprezintă singularitatea subiectului. Principalele teste proiective utilizate sunt testul Rorschach și TAT la adult, CAT și testul Labă-Neagră la copil. Fiecare din aceste probe proiective se bazează pe o teorie a personalității care permite o interpretare globală a elementelor

disparate recoltate cu ajutorul testului. → CAT SAU CHILDREN'S APPERCEPTION TEST; TAT SAU THEMATIC APPERCEPTION TEST; TESTUL SAU PSIHODIAGNOSTICUL RORSCHACH.

TESTUL DE FRUSTRARE ROSENZWEIG. Test proiectiv datorat psihologului american S. Rosenzweig.

Este constituit dintr-o serie de 24 de desene, fiecare reprezentând două personaje, cel din stânga pronunțând câteva cuvinte care descriu o situație neplăcută pentru el (sau pentru o terță persoană), de care este responsabil interlocutorul din dreapta. (Subiectul trebuie să scrie ce ar răspunde el dacă ar fi personajul din dreapta. Mimica și trăsăturile personajelor sunt vagi, spre a facilita identificarea subiectului cu personajul.)

Baza teoretică a testului este teoria psihanalitică a frustrării prin agresiune, agresiunea fiind marcată de atitudinea și cuvintele personajului din stânga, iar frustrarea de atitudinea celui din dreapta. Ipoteza este că subiectul se identifică cu personajul frustrat și că reacționează la test așa cum ar face-o în situația reală corespunzătoare. Testul permite studierea reacțiilor la frustrarea Eului (16 imagini ilustrează această situație) și la frustrarea Supraeului (8 imagini). Interpretarea răspunsurilor este făcută după următoarele două dimensiuni:

1) Direcția agresiunii. Răspunsul poate fi extrapunitiv dacă subiectul răspunde la frustrare printr-o agresiune dirijată spre exterior; el poate fi intrapunitiv dacă subiectul răspunde autoacuzându-se; sau poate fi apunitiv dacă descrie situația frustrantă ca fiind lipsită de importanță.

2) Tipul de reacție. Se disting: răspunsuri în care subiectul insistă asupra situației frustrante (importanța obstacolului predomină asupra celorlalte elemente ale răspunsului); răspunsurile de apărare a Eului (în care Eul subiectului joacă rolul cel mai important: reacție de tipul „sunt dezolat"); răspunsuri de persistență a trebuinței, în care accentul este pus pe soluția problemei.

Cele două dimensiuni sunt combinate și dau astfel 9 categorii de răspunsuri indicate prin simboluri deosebite, iar rezultatele sunt date sub formă numerică. Rezultatele obținute de subiect sunt comparate cu acelea ale unui grup de etalonare. Cotarea testului permite, în plus, determinarea unui indice de adaptare socială, precum și a unui indice de forță a Eului.

Testul de frustrare Rosenzweig, deși nu studiază decât un sector limitat al personalității, este considerat, din cauza elaborării sale cantitative, drept una dintre cele mai obiective tehnici proiective.

TEST SZONDI (engl. *Szondi test*). **Test proiectiv elaborat de L. Szondi în 1947, în care subiectul testat trebuie să opereze o alegere în șase serii de câte opt fotografii (fețe umane) luate din manuale de psihiatrie de la sfârșitul secolului al XIX-lea, dată fiind penetrarea lor evocatoare.**

Sunt fețe de persoane deviante, de asasini etc. Subiectul trebuie să aleagă din fiecare serie două fotografii pe care le preferă și două fotografii pe care le consideră antipatice. Conform ipotezei lui Szondi, alegerile unui subiect reflectă tendințele sale personale și permit degajarea orientărilor lui. Ipoteza este că fotografiile nealese corespund unor tendințe satisfăcute, iar acelea alese pozitiv corespund unei tendințe susceptibile de a se realiza. Cât privește cele alese negativ, ele

indică o impulsie refulată sau dezvăluie forța unei impulsii opuse.

Testul se bazează deci pe o concepție generică privind alegerile noastre personale, preocupările noastre etc., alegeri care sunt reale, dar care, cel mai adesea, sunt inconștiente. Testul Szondi este criticat, mai ales în privința concepției psihanalitice pe care o propune („inconștient familial", opus inconștientului „colectiv" și personal), dar, în rândurile celor care neglijează aceste presupoziții teoretice, are numeroși partizani.

TESTUL DOMINOULUI (engl. *domino test*). **Test conceput de Anstey în 1848 pentru a măsura nivelul intelectual.**

Acest test, puternic saturat de factorul general, ar constitui un mijloc de a determina toate operațiile analitice, sintetice și de scriere care au loc în procesele intelectuale superioare. Testul dominoului cuprinde o serie de 44 de probleme, constituită fiecare dintr-un grup de dominouri dispuse după o anumită lege. Problema constă în a găsi legea și a completa seria. Orice răspuns bun este creditat cu un punct. Nota totală astfel obținută depinde mult de nivelul cultural al subiectului; ea este foarte sensibilă la deteriorarea mentală normală (datorată vârstei) sau patologică. În forma sa franceză, testul D 48 este folosit la măsurarea indicelui de deteriorare mentală, în mod conjunct cu testul vocabularului conceput de Binois și Pichot. Dacă avem atât nota obținută de subiect la testul dominoului, cât și cea obținută de el la testul vocabularului, care rezistă mai bine la influența deteriorării mentale, este ușor de calculat, prin diferență, un indice al acesteia. Faptul acesta explică folosirea ambelor teste în psihopatologie.

TESTUL SAU PSIHODIAGNOSTICUL RORSCHACH. Test proiectiv elaborat în 1921 de către psihiatrul zürichez H. Rorschach (1884–1922).

Testul este compus din zece planșe care reprezintă fiecare o pată de cerneală obținută prin împăturirea hârtiei o singură dată: deci o pată de cerneală simetrică. Cinci dintre aceste pete sunt negre, două sunt negru și roșu, iar trei sunt pastelate. Într-o primă fază, psihologul îi cere subiectului să-i spună, despre fiecare planșă, „la ce îl face ea să se gândească". După epuizarea celor zece planșe, examinatorul procedează la o anchetă care îi va permite să coteze răspunsurile și, în special, să determine pentru fiecare din ele tipul de aprehensiune (răspunsul se referă la întreaga pată sau numai la o parte?), determinantul (formă, culoare, impresia de mișcare sau senzația de textură), conținutul (animal, om, obiect etc.). Cotările astfel obținute permit o analiză cantitativă, în funcție de care subiectul este definit în raport cu o normă și se determină tipul său de rezonanță intimă. Discursul subiectului este supus după aceea unei analize calitative sau clinice, care a prilejuit numeroase elaborări teoretice. Conform uneia dintre acestea, testul Rorschach ar provoca o oscilație a nivelurilor de conștiință între un pol mai arhaic, supus principiului plăcerii, și un pol mai adaptiv și deci ar permite reperarea modului de lucru al Eului în fața fantasmelor inconștientului și mecanismelor de apărare.

Bibl.: Anzieu, D., *Les méthodes projèctives*, P.U.F., Paris, 1960; Beizmann, C., *Le Rorschach, de l'enfant à l'adulte*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1974 (2-e éd.); Rausch de Traubenberg, N., *La pratique du Rorschach*, P.U.F., Paris, 1973 (2-e éd.); Rusch de Traubenberg, N., Boizon, M.F, *Le Rorschach en clinique infantile; l'imaginaire et le réel chez l'enfant*, Dunod, Paris, 1984.

TESTUL VOCABULARULUI (fr. *test du vocabulaire*). **Test conceput de Binois și Pichot, care permite să se estimeze nivelul intelectual al adulților, fiind folosit în psihopatologie, concomitent cu un test de inteligență generală, spre a măsura deteriorarea mentală.**

Testul vocabularului cuprinde 44 de itemuri. Fiecare item constă dintr-un termen căruia subiectul trebuie să-i găsească un sinonim pe o listă cu șase eventualități. Orice răspuns corect este creditat cu un punct. Nota brută astfel obținută depinde mult de nivelul cultural al subiectului. Ea rezistă mai bine tuturor formelor de deteriorare mentală decât notele obținute la teste ca acela al dominoului*. Cotarea testului vocabularului permite stabilirea unei diferențe între un subiect care posedă certificatul de studii primare și un subiect licențiat de aceeași vârstă care a obținut aceeași notă brută. Primul va avea o notă finală (notă ponderată) mai mare decât aceea a celui de al doilea. Testul vocabularului reflectă nivelul actual al subiectului care corespunde cu nivelul său anterior cel mai ridicat. Dacă avem atât nota obținută de un subiect la testul vocabularului, cât și pe aceea obținută la testul dominoului, este ușor de calculat, prin diferență, un indice de deteriorare mentală a subiectului.

TIC (engl.*tic*). **Mișcare involuntară, bruscă, repetată la intervaluri variabile și care antrenează unul sau mai multe grupuri de mușchi legați funcțional.**

Ticurile apar ca reproducere intempestivă și incompletă a unei mișcări lipsite de necesitate obiectivă. Ticurile nu au utilitate (S. Lebovici). Survin pe neașteptate. Nu pot fi ascunse, apărând în momentele cele mai puțin oportune. Ticurile feței sunt cele mai frecvente, mai ales cele ale pleoapelor, gurii și limbii. Ridicările din umăr, tresăririle și mișcările membrelor (mâini, picioare) sunt frecvente. Ticurile pot fi izolate sau asociate cu tusea ușoară, cu smiorcăitul sau cu zgomote scoase din gâtlej. Ticul este precedat de o stare penibilă de tensiune, care sporește, echivalând cu o adevărată jenă fizică și mentală, acaparând gândirea și tulburând comunicarea. Apariția ticului potolește tensiunea, dar suscită o indispoziție legată de jena existenței ticului. Această secvență se poate reproduce ca o alternanță de tensiune dureroasă și de descărcare. Acalmia se instalează mai mult sau mai puțin rapid.

Ticurile nu survin înainte de vârsta de 6–7 ani și sunt uneori însoțite și de alte elemente de imaturitate psihomotorie. Respirația poate fi neregulată, copilul lăsând impresia că este în alertă, instabil, incapabil de a se destinde. Trebuie să deosebim ticurile de mișcările anormale neurologice, de coree, de diverse ritmii și de anumite obișnuințe motorii care realizează o mișcare completă. Ticurile sunt de origine corticală, implicând psihismul, pe când spasmele interesează structurile subcorticale. Ticurile pasagere, tranzitorii apar adesea în mod reacțional la circumstanțe particulare (intrarea la școală, nașterea unui mezin). Ticul poate fi și un simptom de stare nevrotică, caz în care se integrează într-o organizare de tip obsesional a personalității. În numeroase cazuri copilul tictangiu imită un model familial, cu care se identifică în mod inconștient. Anturajul este adesea exigent cu copilul, care este supus unei anumite presiuni psihologice în scopul de a satisface idealurile de

dezvoltare precoce a unor funcții (igienă corporală) sau de autonomie. Actualmente pare periculos să se încerce dispariția simptomului fără studierea personalității pacientului. Unii autori utilizează relaxarea, cu sau fără psihoterapie. Alții preconizează tehnici comportamentale, urmărind să inverseze obișnuințele, învățându-l de exemplu pe tictangiu mișcarea inversă ticului. Terapeutica medicamentoasă, mai ales neuroleptică, este utilizată îndeosebi în boala Gilles de la Tourette*.

Bibl.: Dugas, M., „Tics", in Koupernik, C., Lôo, H., Zarifian, E., *Précis de psychiatrie*, Flammarion, Paris, 1982.

TIMIE (engl. *mood*). **Dispoziție afectivă fundamentală care determină reacțiile emoționale și instinctive ale unui subiect și care dă cenesteziei și sentimentelor sale privind trăirea corporală o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă.**

Aproape sinonim al termenului „dispoziție", timia poate trece de la o stare de exaltare și veselie la o stare de inerție și tristețe, potrivit unei evoluții oscilante, în raport cu ciclurile normale ale vieții biologice. Când aceste stări se exagerează, devenind în acest caz patologice, vorbim, pe de o parte, de *hipertimie* sau excitație maniacă, iar, pe de altă parte, de *hipotimie* sau depresie. Ciclotimia se caracterizează printr-o alternanță patologică a dispoziției, așa cum o vedem în psihoza maniaco-depresivă bipolară. Când accesele au loc mereu în același sens, vorbim de psihoză periodică unipolară.

Tulburările timice prezintă deci tablouri clinice extrem de variate. De la psihoza maniaco-depresivă, unipolară sau bipolară, până la stările depresive zise „nevrotice" sau „reacționale" găsim o simptomatologie de o gravitate extrem de variabilă. Progresele realizate în ultimii ani în domeniul biologiei au permis determinarea de anomalii biologice, obiectivate în tulburări de dispoziție cu ajutorul a diferite teste sau dozaje. H. Lôo a descris cinci tipuri de factori biologici pe care îi regăsim în aceste tulburări timice, factori care se referă la monoaminele cerebrale, fie că este vorba de noradrenalină, serotonină sau dopamină, fie la activitățile enzimatice, din care unele privesc monoaminele, fără a fi în mod special legate de ele; ei se referă, de asemenea, la sistemele neuroendocrine, la repartiția și mișcările hidroelectrolitice, la fiziologia membranei, cu apariția recentă a noțiunilor de poziții de legătură și de receptori. Dar mai ales serotonina pare să joace un rol considerabil în disfuncțiile timice. Numeroase studii au arătat că acestea pot fi, de cele mai multe ori, asimilate cu sindroamele hiposerotoninergice. B. Shopsin a pus astfel în evidență relația directă dintre activitatea unei substanțe triciclice, imipramina, asupra stării timice și activitatea ei asupra serotoninei (5-HT), căreia îi facilitează prezența la nivelul sinapselor cerebrale. S-a putut, de asemenea, preciza faptul că riscul survenirii unei tulburări timice este legat direct de un deficit al funcției serotoninergice. De unde marele interes pentru utilizarea de medicamente antidepresoare cu activitate hiperserotoninergică nu numai în tratamentul curativ al depresiilor, ci și preventiv, în scopul evitării unei recidive.

TIMOREGLATOR (engl. *mood stabilizer*). **Medicament care are drept efect limitarea fluctuațiilor excesive ale dispoziției.**

În afară de litiu*, alte două produse sunt în prezent utilizate în mod curent.

CARBAMAZEPINA. Sintetizată în 1953, ea este comercializată din 1963 ca anticomițial (mai ales în epilepsia temporală), precum și ca tratament al stărilor dureroase paroxistice. Efectul său asupra dispoziției este foarte rapid la epilepticii tratați, dar rolul timoreglator nu s-a obiectivat în studii controlate decât după anul 1970.

Indicațiile carbamazepinei sunt aceleași ca ale litiului, căruia ea îi este alternativa în caz de rezistență sau de contraindicație. Cele două produse pot fi și asociate, spre a se obține o sinergie de acțiune. Carbamazepina ar fi superioară litiului în unele forme de psihoză maniaco-depresivă (zise „cu cicluri rapide") și în schizofreniile distimice. Efectele secundare sunt rare (dar pot fi grave: hepatită, aplazie medulară).

Modul de acțiune al carbamazepinei face obiectul unei modelări teoretice interesante: *„kindling"* este o sensibilizare excesivă a unor structuri subcorticale, care explică survenirea de crize de epilepsie în cazul unor stimuli subliminali; or, s-a demonstrat că amfetamina și cocaina, care creează psihoze experimentale, induc acest fenomen. Dimpotrivă, carbamazepina îl antagonizează, iar faptul acesta ar explica cele două efecte terapeutice ale produsului.

DIPROPILACETAMIDA. Utilizată ca timoreglator din 1966, efectul său nu a fost niciodată realmente obiectivat prin studii controlate. Este folosită ca substitut al altor timoreglatori, când aceștia sunt contraindicați sau nu sunt bine tolerați. Poate fi asociată cu litiul. Toleranța este excelentă. Acțiunea fiziologică ar avea loc la nivelul amigdalei cerebrale.

TIP A și **TIP B** sau **TABP** (engl. *type A behavior pattern*). **Tip A: ansamblu de subiecți care au în comun o serie bine structurată de comportamente care caracterizează modul lor de a înțelege viața cotidiană, comportamente marcate mai ales de spiritul de competiție și de dorința de reușită socială sau profesională, hiperactivitate, impacientă, sentimentul vitezei timpului și o tensiune care se exprimă în mimica facială și care poate fi interpretată ca semnificând ostilitatea față de ceilalți. Tipul B reprezintă opusul tipului A.**

BAZELE ACESTEI DISTINCȚII. Maladiile cardiovasculare reprezintă o cauză majoră de mortalitate în țările industrializate. Multă vreme factorii de risc ai acestor maladii au fost în mod exclusiv asociate cu caracteristici genetice și fiziologice cum sunt vârsta, prezența colesterolului în sânge, hipertensiunea arterială și obezitatea. Chiar dacă rolul acestor factori este indiscutabil, ei nu explică toate cazurile de patologie cardiovasculară. Doi cardiologi americani, M. Friedman și R. Rosenman, au constatat că pacienții care suferă de accidente coronariene și care nu prezintă aceste riscuri tradiționale au în comun trăsături comportamentale pe care ei le-au propus să fie regrupate sub sigla TABP (Type A Behavior Pattern), schemă de comportament de tip A. Această componentă psihosocială care favorizează dezvoltarea maladiilor cardiovasculare nu este, deci, nici o trăsătură de personalitate specifică, nici rezultatul unei expuneri importante la stresul social și environmental, nici chiar capacitatea (sau incapacitatea) de a se adapta la stres. Este un stil de comportament, o manieră de a reacționa în situațiile stresante.

După cum spune Rosenman (1978), persoanele de tipul A „se angajează într-o

luptă cronică pentru atingerea unor obiective în general inepuizabile, cât mai rapid posibil și în pofida altor indivizi sau a circumstanțelor". Este o luptă constantă pentru a încerca să facă și să realizeze din ce în ce mai multe lucruri, din ce în ce mai repede și adesea în competiție cu alții.

Conceptul de tip A a fost mai întâi prezentat în cadrul unei ipoteze extrase din observația clinică și conform căreia ar fi posibilă diagnosticarea precoce a tipului de comportament care reprezintă un risc de accident cardiovascular. Pentru verificarea acestei ipoteze ar trebui să se dispună de metode care să permită măsurarea tipului A, anume cotarea conduitelor individuale pe o scală de conformitate cu modelul A. Rosenman și Friedman au elaborat mai întâi un chestionar structurat care conține un ghid de convorbire precis și un sistem de cotare care ține seama nu numai de răspunsurile subiectului, ci și de comportamentul său în situații standard. Astfel, subiecții de tip A vorbesc repede și tare, fac gesturi riguroase, ignoră eventualele întreruperi, au tendința de a-l întrerupe pe intervievator sau să vorbească în locul lui dacă acesta este lent sau pare să ezite.

Chestionarul structurat este lung și nu poate fi folosit decât pentru un subiect, în același timp. Pentru a realiza studii epidemiologice pe mari eșantioane, Jenkins a construit un chestionar a cărui validitate de conținut a fost verificată în raport cu convorbirea structurată și care a fost modificat în mai multe rânduri, în așa fel încât să se obțină o corelație cât mai semnificativă posibil între rezultatele convorbirii și scorul la chestionar. Analizele factoriale făcute la rezultatele chestionarului lui Jenkins au permis să fie identificați patru factori independenți: tipul A propriu-zis, impacienta, implicarea în muncă și competitivitatea. Chestionarul și convorbirea asigură un diagnostic identic în aproximativ 70% din cazuri.

Alte chestionare, mai scurte și mai lesne de despuiat, au fost construite ulterior (scala Bortner și scala Framingham). Dar scala Bortner nu se corelează decât slab cu convorbirea pusă la punct de Rosenman și Friedman și cu chestionarul Jenkins, pe când rezultatele obținute cu scala Framingham arată că diferitele măsurări ale tipului A nu au decât o slabă acoperire.

CERCETĂRILE EPIDEMIOLOGICE. Interesul suscitat de noul concept de tip A, originalitatea cercetărilor la care de la bun început au colaborat medici și psihologi și atenția crescândă acordată factorilor psihologici ai maladiilor psihosomatice explică numărul extrem de mare de cercetări care utilizează una dintre aceste metode. De fapt, au fost efectuate două tipuri de cercetări, unele destinate să confirme ipoteza inițială — anume existența unui risc cardiovascular asociat cu tipul A —, altele orientate spre analiza semnificației psihologice a tipului A.

Cercetarea epidemiologică cea mai cunoscută a început în 1965 și a inclus, timp de 8 ani, un număr de 3524 subiecți scutiți de orice afecțiune cardiacă la începutul investigației. Ea a permis să se demonstreze că faptul de a avea un comportament de tip A dubla riscul de accident cardiovascular, independent de factorii tradiționali ai acestui risc. Au urmat alte cercetări, mai ales în Belgia, în Polonia și în Hawaii. Toate acestea au confirmat rezultatele primului studiu și, în plus, au arătat că chestionarul Jenkins permite să se prezică recurența infarctului și gradul de severitate al arteriosclerozei. În afară de aceasta, comparații internaționale au permis să se

arate că frecvența „tipului A" este variabilă de la o țară la alta și de la o regiune la alta și că această variație explică, cel puțin în parte, proporțiile diferite în apariția de accidente cardiace.

Punctul de plecare al acestor cercetări epidemiologice este esențialmente empiric. De unde interesul arătat semnificației acestui ansamblu de comportamente și eventualelor lor corelate fiziologice, care ar explica riscul observat. Sarcina este făcută dificilă prin aceea că cele patru tehnici utilizate pentru măsurarea tipului A nu dau rezultate identice. Cu toate acestea, cercetările făcute cu chestionarul Jenkins sunt de departe cele mai numeroase și permit să se degajeze un tablou coerent. Subiecții de tip A au performanțe mai ridicate decât cei de tip B în situații obositoare, care cer atenție și răspunsuri controlate. Dimensiunea „controlul situației" este deosebit de importantă pentru subiecții de tip A. Ei sunt perturbați când au sentimentul că nu dețin controlul și caută mijloace de a-l redobândi. Ei se arată mai agresivi decât B în situațiile experimentale frustrante. În viața reală muncesc mai mult, reușesc adesea mai bine, acționează rapid, ignoră distracțiile și mai ales își susțin efortul în pofida dificultăților.

Cercetările recente (Rosenman, 1985) încearcă să rafineze acea componentă a acestui ansamblu de comportamente care ar fi cea mai puternic implicată în riscurile cardiovasculare, în gravitatea și recidiva lor. Se disting două tendințe: pe de o parte, importanța dată noțiunii de ostilitate, care se asociază mai ales cu înverșunarea arătată în situațiile competitive, iar, pe de altă parte, prezența furiei, a diverselor sale expresii și mai ales a reprimării sale.

TERAPIILE. Ca un complement la tratamentele medicale, metodele psihologice utilizate în terapia comportamentală sunt recomandate pentru a se preveni apariția sau agravarea tulburărilor: relaxare, biofeedback, tehnici de învățare a competențelor sociale, gestionarea stresului etc. Acțiunea lor pe planurile cognitiv și emoțional este deosebit de benefică pentru acești subiecți. Se pune problema de a-i putea învăța să-și modifice un întreg mod de viață, cât și o filosofie, favorizând exercițiul fizic, igiena alimentară etc., incitându-i uneori pe cei apropiați lor să-și schimbe atitudinea față de ei. Când se dovedește posibilă recurgerea la aceste strategii, rezultatele evaluate cu ajutorul chestionarelor le-ar putea egala pe acelea ale tratamentelor medicamentoase (anxiolitice, sedative, betablocante etc.) și, pe deasupra, să fie mai durabile.

Bibl.: Chesney, M.A., Rosenman, R.H., *Anger and Hostility in Cardio-Vascular and Behavioral Disorders*, Hemisphere, Washington, 1985.

TONUS (engl. *tone*). **Stare de ușoară tensiune reziduală a mușchilor în repaus, care se exprimă prin rezistența mai mult sau mai puțin importantă pe care o opune mușchiul când îl întindem.**

Este vorba de tensiunea mușchiului întreținută de activitatea de contracție permanentă a unor fibre musculare comandată de motoneuroni a căror activitate este tonică. Această activitate, în opoziție cu activitatea fizică, prezintă următoarele caracteristici: 1) este un tetanos de joasă frecvență; 2) activitatea tonică nu este generatoare nici de mișcare, nici de deplasare; 3) este persistentă; 4) este prea puțin sensibilă la efectele de oboseală; 5) consumul energetic este slab.

Esențialmente implicat în realizarea și menținerea posturii, tonusul are roluri multiple. El este acela care stabilește raporturi statice și reciproce între diferitele segmente corporale și fixează piesele articulate ale scheletului în poziții solidare unele cu altele (atitudinea). Tot el este acela care, prin acțiunea sa antigravitațională, permite menținerea poziției verticale. Prin modificările continui ale repartiției sale la nivel muscular contribuie la mecanismele echilibrării și la menținerea lor în cursul deplasărilor active sau pasive ale corpului. Tonusul controlează disponibilitatea mușchilor implicați în realizarea unui gest sau a unei mișcări și reglează precizia actelor voluntare sau a actelor reflexe (îndeosebi acelea ale locomoției). Orice mișcare se efectuează, de fapt, pornind de la o postură pentru a se termina într-o altă postură. Activitățile musculare tonice și fazice sunt deci legate: nu există mai multă activitate tonică izolată decât contracție fazică a unui singur mușchi. Unul din mecanismele fundamentale implicate în reglarea tonusului muscular este reflexul miotatic. Stimularea fuselor neuromusculare și a corpusculilor tendinoși Golgi prin întinderea mușchilor (provocată mai ales de gravitație) pune în funcțiune motoneuronii alfa situați în măduva spinării. Această stimulare induce un răspuns tonic și antigravitațional al mușchilor. Corpusculii Golgi exercită o acțiune inhibitoare asupra activității alfa. Această reglare are drept funcție evitarea unei contracții musculare prea mari sau inadaptate în cazul unei mișcări sau a unei schimbări posturale. Bucla gama, generată de motoneuronii medulari gama, intervine și în contracția musculară, asigurând o reglare a tensiunii fusurilor destinată să amortizeze efectele întinderii sau relaxării mușchilor. Proprioceptia, pusă în joc de schimbările de poziție ale articulațiilor în cazul unui gest sau mișcări, este și ea implicată în controlul tonusului. Sistemul vestibular acționează pe calea vestibulo-spinală: informațiile vestibulare participă la reflexul miotatic și întăresc tonusul mușchilor extensori ai capului, cefei și membrelor. Sistemul vestibular are o acțiune directă asupra reglării tonusului muscular antigravitațional și controlului posturii. În sfârșit, informațiile senzoriale exteroceptive modifică tonusul muscular, permițând adoptarea de posturi favorabile unei tratări a informațiilor venite din partea mediului înconjurător.

Tonusul muscular depinde înainte de toate de sensibilitatea proprioceptivă a mușchilor. Intensitatea tonusului în fiecare mușchi și repartiția sa locală sau globală sunt reglate de circuite reflexe multiple, ai căror centri se găsesc la diferite niveluri ale sistemului nervos central. Dispersia aceasta explică faptul că diversele vătămări ale nevraxului sau diferențele de maturație perturbă activitatea tonică (hipo- sau hipertonie), dar nu o abolesc niciodată total. Tonusul muscular nu este exclusiv rezultanta unor factori endogeni controlați de mecanisme centrale. Pus îndeosebi în serviciul motricității de relație cu mediul, tonusul muscular este în permanență modificat de factorii exogeni care reglează precizia ajustării sale în activitățile motorii. Reflexele spinale de întindere sunt prezente de la naștere. Organizarea lor este totuși diferită de aceea care este observată la sugarul mare și la adult. Activitatea sinergică între mușchii agoniști și antagoniști este foarte marcată pe parcursul primelor luni de viață. De asemenea, până la vârsta de 6 luni nu există activare reciprocă între mușchii flexori și mușchii extensori implicați în răspunsurile la întindere. În sfârșit, structurile nervoase responsabile de

inhibiția contracției musculare și a mișcării nu par active înainte de vârsta de două luni. Această organizare specifică a tonusului muscular este în mare parte responsabilă de posturile adoptate de sugar. Hipertonicitatea mușchilor flexori, absența unor mecanisme inhibitoare și hipotonia tonusului axial impun posturi asimetrice în flexiune, ca poziția de scrimer descrisă la început de André-Thomas. Această organizare posturală este legată, de asemenea, de predominanța răspunsurilor arhaice de la începuturile vieții.

Reflexele proprioceptive ale gâtului, fie ele simetrice sau asimetrice, intervin în reglarea tonico-posturală. Extensia capului (în raport cu planul umerilor) provoacă o extensie a brațelor și o flexiune a membrelor inferioare. Dimpotrivă, flexia capului induce o flexiune a membrelor superioare și o extensie a picioarelor. De asemenea, rotația capului determină o extensie a membrelor ipsilaterale (când capul se întoarce la stânga are loc o extensie a brațului și a gambei drept/drepte) și o flexie a membrelor contralaterale (adică, în exemplul nostru, brațul și gamba drept/dreaptă). Aceste răspunsuri tonice arhaice impun prin organizarea lor moduri de tratare a informațiilor exteroceptive. Drept urmare, urmărirea vizuală a nou-născutului se află sub dependența posturilor corporale.

O dată cu declinul reacțiilor arhaice, apar reacții precoce de redresare; ele vor constitui baza echilibrului. Aceste reacții apar într-o ordine determinată (redresarea capului, a trunchiului și a întregului corp), ascultând de legile Coghill de dezvoltare cefalocaudală și proximodistală și vor permite dobândirea de mecanisme sofisticate de reglare tonică a poziției verticale și a locomoției.

TONUS CORTICAL (engl. *cortical alertness*). **Intensitate a proceselor nervoase care își au sediul într-o structură nervoasă).**

Tonusul cortical reprezintă, de asemenea, consecințele activității nervoase asupra comportamentului. În cazul cortexului, o activitate tonică intensă (sau vigilitate corticală) se exprimă printr-o excitabilitate ridicată, care asigură o reactivitate optimă stimulilor din mediu.*

Frecvența descărcării neuronilor corticali este maximă în cursul stărilor de vigilitate, minimă în cursul somnului lent și ridicată în cursul somnului paradoxal, cu o organizare temporală deosebită. → VIGILITATE.

TONUS RETICULAR (engl. *reticular tonic activity*). **Ansamblu al efectelor activatoare tonice pe care sistemul reticular al trunchiului cerebral le exercită asupra vigilității cortexului și asupra sistemelor motorii și vegetative.**

Formația reticulară prezintă, la subiectul în stare de veghe, o activitate tonică, activitate care participă la menținerea vigilității generale a organismului care, astfel, este gata să reacționeze în mod adaptat la stimulii din mediu. Tonusul reticular este întreținut în special de aferențele senzoriale care aduc informații din lumea exterioară (dinamogenie senzorială) și din mediul interior. Această tensiune slăbește în cursul căderilor de vigilitate*.

TOXICOMANIE (engl. *drug addiction*). **Relație de dependență alienantă cu un drog mai mult sau mai puțin toxic, relație care tinde să subordoneze întreaga existență a subiectului căutării efectelor produsului.**

PROBLEMA TERMINOLOGICĂ. Pentru experții Organizației Mondiale a Sănătății termenii de *toxicomanie* și de *obișnuință* trebuie înlocuiți cu acela, mai obiectiv, de *farmacodependență* (instaurare a unei dependențe psihice sau fizice față de drog, care induce efecte nocive pentru individ și colectivitate).

C. Olievenstein a propus pentru toxicomanie o definiție descriptivă: este toxicoman „acela care, pornind de la un produs de bază, face escalada la unul sau la mai multe produse și le utilizează zilnic sau aproape zilnic".

În realitate, dacă descrierile clinice ale diferitelor forme de toxicomanie sunt, în general, concordante, nu există câtuși de puțin acord între autori cu privire la o definiție simplă. Conceptul de escaladă, devenit mit explicativ, este extrem de criticat. Noțiunea de dependență este centrală în toxicomanie, dar nu o rezumă: dependența instaurată „din exterior" sau dependența experimentală la animale de laborator nu sunt de ajuns ca să dea seama de apetența pentru toxic („toxicofilie") și nici de căutarea însăși a dependenței la unii subiecți care constituie „pasiunea" deosebită pentru *droguri*, toxicomania.

Caracterul alienant al dependenței, trăită adesea în mod subiectiv ca proces morbid care scapă voinței subiectului distinge toxicomania de alte forme de *folosire de droguri*. Atât la nivelul definirii, cât și la acela al cercetării cauzelor toxicomaniei există un anumit consens în a considera această entitate ca fiind complexă și multifactorială: necesara „întâlnire a unei personalități, a unui produs, a unui moment sociocultural" (Olivienstein) ca fiind cei trei poli Set, Setting, Substance (N. Zinberg) arată dificultatea de a aborda problema dintr-un singur unghi de vedere. Psihologia, farmacologia, dar și istoria, abordările sociale, culturale, juridice au rolul lor de jucat în această problemă: rău al timpului nostru, toxicomania mobilizează medicina și cercetarea științifică, dă de gândit tuturor științelor umane...

ISTORIC. În cursul secolului al XIX-lea, o dată cu scrierile lui T. de Quincey, Ch. Baudelaire și ale multor altora, *opiul* și *hașișul*, devenite teme de literatură, au pus bazele mitului *drogului*. Primele descrieri ale unei toxicomanii moderne au fost acelea ale *morfinismului* (Levinstein). Se găsesc aici, într-adevăr, toate elementele clinice ale descrierillor actuale: faza inițială, a plăcerii, „luna de miere" care succedă uneori unui veritabil *coup de foudre*. Apoi evoluția „morbidă" spre o trebuință obsedantă, subiectul nemaiputând trăi decât pentru à-și procura drogul și a evita suferința *lipsei*: primatul acestei trebuințe față de toate celelalte investiri ale subiectului determină decăderea socială, morală, fizică și face din drog imaginea prăbușirii, simbolul *degenerării*. O primă glisare semantică a dus la substituirea morfinismului cu morfinomania, a cocainismului cu cocainomania etc. Primele formulări aveau în vedere intoxicațiile cronice, procesul morbid care decurge din efectele produsului. *Monomania* pentru un drog subliniază caracterul voluntar al intoxicației: astfel, Chambard face distincție între „morfinizați", deveniți în mod accidental dependenți, după o prescripție medicală, și „morfinomani", în căutare de drog din cauza nevrozei, a perversiunii, pe scurt, din cauza degenerării. Este de remarcat că termenul *manie* a rămas în vigoare până în zilele noastre, deși modelul elaborării cuvântului toxicomanie a fost

cuvântul *dipsomanie*, azi înlocuit cu acela de *alcoolism*.

Moda și progresul medicinei favorizând folosirea de produse noi, s-a constatat repede că unii subiecți deveneau dependenți de mai multe produse, mai ales căutând să utilizeze un drog pentru a pune capăt obișnuinței contractate cu un altul: morfinomanii au devenit heroinomani, uneori heroino-cocainomani etc. Căutarea medicamentului ideal de către medici, ca și căutarea drogului final determină deci succesiunea sau coexistența dependențelor de produse diferite: din această constatare s-a născut, la sfârșitul secolului al XIX-lea, termenul generic *toxicomanie*.

TOXICOMANIILE ACTUALE. Obiect al multor cercetări medicale, toxicomania a părut la începutul secolului un flagel social major. Cu toate acestea, voga actuală a toxicomaniilor, care datează de la sfârșitul anilor '60, a fost percepută ca un fenomen cu totul nou, din două motive.

În primul rând, ca efect al primelor legislații (1916, în Franța), folosirea drogurilor constituie un teren nou de infracțiuni. Caracterul transgresiv, antisocial al toxicomaniilor actuale este mult mai pronunțat decât în toxicomaniile „istorice".

Pe de altă parte, recursul la droguri este trăit ca o expresie a unei angoase a tineretului sau a unui conflict între generații, care succedă problemelor puse de bandele de adolescenți, mișcările hippy sau psihedelice.

Consultanții de la centrele specializate pentru toxicomani prezintă de mulți ani un profil relativ stabil al toxicomanului: tineri în vârstă de 22–24 de ani, din toate clasele sociale, de trei ori mai mulți băieți decât fete. Prima folosire a unui „drog dur" are loc în jurul vârstei de 18 ani. Pentru imensa majoritate, principalul drog este heroina, în general utilizată sub formă de „shoot"*, uneori sub formă de „sniff"*. Estimările rezonabile arată un număr de toxicomani care în Franța se situează între 80 000 și 120 000.

În paralel cu tratamentele pentru toxicomani (dezintoxicare) și cu eforturile privind profilaxia, numeroase acțiuni tind azi să limiteze consecințele toxicomaniilor: în primul rând lupta contra schimbului de seringi, factor de difuzare a SIDA, a hepatitei etc., dar și asistarea mamelor toxicomane în timpul graviditații și după, susținerea familiilor etc. Ideea de a pune capăt acestui flagel prin măsuri simple se arată, deci, din ce în ce mai utopică.

MODELELE EXPLICATIVE

Model de maladie? Primul „model de maladie" al toxicomaniilor datează, fără îndoială, de la lucrările lui B. Rush (1790) asupra intemperanței alcoolice. Până la acea dată beția nu era decât un viciu, un păcat, o greșeală. Atât în materie de alcoolism, cât și de toxicomanii, cercetările fundamentale (bio-logie, farmacologie, genetică...) tind să întemeieze concepția despre toxicomanie ca proces morbid, esențialmente datorat acțiunii drogurilor asupra subiecților predispuși. Această viziune se opune unei abordări pur morale sau juridice, dar, instituită în model și nu în simplă metaforă, ea a putut conduce (cf. Szasz, de exemplu) la propoziții radicale în materie de tratamente sau de sănătate publică: „maladia", care îi scapă subiectului ca atare, poate legitima ideea de tratamente obligatorii, ba chiar propunerile de izolare generalizată în scopul eradicării unei „epidemii". Importanța istorică a conceptului de degenerescență în psihiatrie arată, de fapt, că a fi considerat bolnav nu evită nici judecata morală și nici

sancțiuni sociale demne de tratamentul criminalilor.

Legislațiile actuale (legea din 31 decembrie 1970) arată că societatea tinde să-l considere pe toxicoman *în același timp* bolnav și delincvent.

Rău de civilizație? Într-o abordare globală a fenomenului, toxicomania a putut fi interpretată drept demers sacrificial al unei părți a tineretului (de către J.M. Oughourlian, de exemplu). Acest sacrificiu al *junkies** ar succeda eșecului mișcării contestatare a *hippies*, constituind caricatura suicidară a unei societăți de consum individualiste.

Ca în cazul tuturor devianților de adolescenți, gândirea psihologică este adesea influențată de abordări socioculturale care permit punerea în paralel a devianților și a riturilor de trecere care operează în unele culturi. Utilizarea acestei metafore inițiatice se situează în interiorul unei reflecții asupra „deziluziei provocate de lume", asupra pierderii reperelor sacre, a valorilor universal admise de grup. Paralela între folosirea drogurilor și un demers mistic datează mai de mult (P. de Félice, 1936).

Problemă psihologică? Într-o viziune comportamentalistă, toxicomania poate fi înțeleasă ca un comportament autoîntărit (behaviorism skinnerian sau condiționare operantă). Se adaugă la acestea fenomenele de condiționare pavloviană, care explică, de exemplu, „revenirile lipsei" sau pofta de drog în situații care cuprind un stimul condiționat: în această optică, nu este nici o diferență între farmacodependența umană și aceea obținută pe animale de laborator.

Mai complexă, abordarea cognitivistă încearcă să vadă contribuția a ceea ce este învățat în toxicomanie: plăcerea oferită de drog, lipsa, dependența sunt efectul unei învățări în care intră în joc factorii de mediu, presiunea exercitată de grup: este, de fapt, ceea ce știm — sau credem că știm —, anume că un drog are adesea importanța proprietăților sale farmacologice. Unor astfel de abordări li se opun în mod radical discursurile psihanalitice, în care alegerea dependenței, angajarea în toxicomanie nu se pot reduce la un comportament. În spatele trebuinței de drog trebuie căutată acea cerință de dependență, și chiar dacă toxicomania constituie o tentativă de a se eclipsa ca subiect, să vedem aici un efect al dorinței. Accentul este deci adesea pus nu pe efectele drogului, ci pe apetența toxicofilică. În pofida anumitor eforturi de a distinge o „toxicomanie fără droguri" (Fenichel) sau o *structură* toxicomanică, de fapt este dificil de propus o interpretare unică conduitelor toxicomane (ca în cazul *psihopatiei*).

Asimilarea tuturor formelor de toxicomanie cu o *perversiune* nu ar fi decât un mod de a reformula problema. Puțini autori susțin că toxicomanii prezintă o structură perversă.

După S. Rado, H. Rosenfeld a apropiat și el problematica toxicomanică de tulburările *maniaco-depresive*. Utilizarea drogului ca „antidepresor", dar și ca toxic, mijloc de sinucidere, este partea tare a acestei metafore maniaco-depresive.

C. Durand îi opune pe toxicomanii nevrotici „compulsivi" toxicomanilor „impulsivi", perverși sau psihopați. J. Bergeret insistă asupra importanței depresivității și anaclitismului și subliniază că nu există structură psihologică proprie toxicomanilor; nevroticilor, perverșilor, psihoticilor el le opune pe „toxicomanii nonstructurați", care trebuie comparați cu stările limită (acest concept a fost, de altfel, utilizat de Glover pentru a caracteriza toxicomaniile).

CLINICA TOXICOMANILOR. Psihanaliza se lovește, de fapt, de caracterul activ al acestor conduite, ca și de importanța drogului pentru subiect. Dacă folosirea drogurilor poate fi adesea interpretată ca simptom în care drogul își păstrează valoarea semnificantă, toxicomania constituie o bulversare a vieții subiectului: pentru unii creare a unei „neotrebuințe", ea devine opacă la o analiză pe care toxicomanii nu o solicită decât rareori. Tratamentul toxicomanilor are cel mai adesea loc în cadrul unor instituții specializate, iar clinica acestora este elaborată adesea în termeni fenomenologici (Olievenstein).

Mai mult decât o opoziție între behaviorism și psihanaliză, diferitele moduri de dezintoxicare țin de modele implicite diferite: pe de o parte „model de maladie", în care abstinența este scop și mijloc de tratament, pe de altă parte „model adaptativ", în care folosirea drogului constituie un compromis, o soluție inventată de subiectul în căutarea bunei dispoziții și a fericirii.

În discursul pacienților, efectele drogului, trăirea momentelor de *flash** se găsesc timp îndelungat pe primul plan.

Una din problemele centrale, așadar, este relația toxicomanului cu plăcerea: plăcere reală, puternică, ba chiar „superioară unui orgasm" și în aparență stăpânită, controlată de subiect. Apoi plăcerea „negativă", suprimarea lipsei (→ STARE DE LIPSĂ) spre a se simți pur și simplu „normal". Trăirea realității prin prisma suferinței corporale este, de asemenea, un element-cheie al oricărei toxicomanii. Stăpânire a plăcerii, a suferinței, toxicomania este, de asemenea, prin prisma anesteziei, tentativă de punere la distanță, de control al relațiilor erogene, ba chiar al propriilor fantasme.

Un alt versant al toxicomaniilor, care permite elucidarea caracterului lor scandalos și provocator, este relația subiectului cu transgresiunea, cu riscul, cu moartea.

Patologie pusă în act și autoaplicată, toxicomania se înscrie adesea într-un demers în mod deliberat transgresiv. „Conduitele asociate", care sunt delincvența, prostituția etc., sunt foarte adesea trăite ca o simplă consecință a trebuinței de procurare a unui drog extrem de scump. Legătura cu delincvența este, de fapt, mai complexă, iar aceste conduite asociate, care uneori au precedat folosirea drogului, trebuie interpretate mai degrabă ca depinzând de o cauzalitate comună a toxicomaniei.

Asumarea riscului, jocul cu moartea nu mai sunt pur și simplu o consecință accidentală a folosirii drogului. Nici sinucidere deliberată, nici „inconștiență" absolută, dimensiunea ordalică este adesea prezentă aici: experiența este resimțită de subiect ca o încercare dramatică, tentativă paradoxală de a se autogenera, de a renaște total liber și de a se remite în întregime Celuilalt.

FLAGEL SOCIAL SAU DIFICULTATE DE A TRĂI? Căutarea activă a transgresiunii și a riscului fac iluzorii multe campanii de prevenire: asimilarea drogului cu o otravă, prezentarea lui ca pericol suprem nu pot avea nici un impact asupra subiecților gata să se angajeze în încercări periculoase. Mulți autori pun actualmente sub semnul întrebării utilitatea prohibirii drogurilor, precum și considerarea toxicomaniei ca flagel social. În optica unei societăți individualiste, a-i responsabiliza pe subiecți cât mai de timpuriu, a le lăsa libere opțiunile și asumările de riscuri ar părea măsuri mai adaptate. Prin prisma prevenirii abuzului de droguri sunt, de fapt,

puse în cauză toate concepțiile despre cultură, despre educație, despre relațiile individului cu grupul.

Bibl.: Bergeret, J., *Toxicomanie et personnalité*, P.U.F., „Que sais-jè?", Paris, 1982; Brisson, P., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Gaëtan Morin, Montréal, 1988; De Félice, P., *Poisons sacrés. Ivresses divines*, Albin Michel, Paris, 1936; Ferbos, C., Magoudi, A., *Approche psychanalytique des toxicomanes*, P.U.F., Paris, 1986; Olivienstein, C., *La drogue et écrits sur la toxicomanie*, Gallimard, Paris, 1978; Olivienstein, C., *La vie du toxicomane*, P.U.F., Paris, 1982; Olivienstein, C., *La clinique du toxicomane*, Éd. universitaire, Paris, 1987; Oughourlian, J.M., *La personne du toxicomane*, Privat, Toulouse, 1974; Zinberg, N., *Drugs, Set and Setting*, Yale University Press, 1984.

TOXICOPATIE (engl. *toxicopathy*). **Ansamblu de stări patologice induse prin folosirea de produse psihotrope.**

Toxicomania și alcoolismul pot fi regrupate din punct de vedere nosologic sub același termen. În pofida deosebirilor lor la niveluri operaționale și clinice, aceste afecțiuni au în comun, la nivel conceptual, fenomenul fundamental al dependenței.

TOXITUDINE (engl. *toxitude*). **Obișnuința admisă socialmente de a folosi o substanță psihotropă fără daună și fără dependență.**

Tabagismul a fost considerat multă vreme ca o toxitudine. El poate rămâne o toxitudine pentru o parte dintre fumători, dar poate deveni o autentică toxicomanie pentru ceilalți.

Faptul de a consuma vin la masă este o toxitudine pentru majoritatea francezilor, dar limita dintre consumul fără pericol și zona de apariție a dependenței este deosebit de variabilă și incertă.

TRAINING AUTOGEN (engl. *autogenic training*). **Metodă de relaxare propusă în 1932 de către medicul berlinez J.H. Schultz și care, introdusă în Franța după aproximativ două decenii, stă la originea a numeroase terapii prin relaxare.**

Învățarea acestei metode cuprinde două cicluri: inferior și superior.

În primul, care necesită de la 8 la 12 ședințe, subiectul este invitat să-și concentreze atenția asupra unor părți ale corpului său. El obține această concentrare fără nici un efort muscular, repetând mental fraze, pronunțate de relaxator, care evocă succesiv o stare de calm interior, greutatea membrelor (fraza de repetat este, în acest caz, „brațul meu drept este greu, foarte greu") și a întregului corp, apoi senzația de căldură. Urmează consemne referitoare la bătăile cordului și la ritmul respirator. Travaliul evocă senzația de fierbințeală în regiunea abdominală, urmată de aceea de răcoare a frunții. Ședința se termină prin mișcări de flexie și extensie a membrelor, urmate de inspirări și expirări profunde. Ședințele se pot face în grupuri de zece persoane. La începutul ședinței de training autogen acestea sunt lungite pe spate, pentru ca apoi să se antreneze în poziția așezat (poziția vizitiului). S-a evocat adesea o stare hipnoidă autoindusă de subiect. Schultz se interesase mai înainte de hipnoză, dar scopul său în această metodă nu este o hipnoterapie. Starea de calm interior dobândită prin training autogen și relaxarea musculară indusă în mod indirect sunt deosebit de benefice pentru subiecții care suferă de tensiune nervoasă sau de anxietate. Cu toate acestea, metoda este contraindicată pentru unii pacienți care suferă, de exemplu, de maladii cardiace sau de schizofrenie.

Ciclul superior se încadrează în psihoterapii și practica sa actuală prezintă analogii cu visul în stare de veghe. Acest ciclu poate duce la ameliorări simptomatice și poate deschide calea unei psihoterapii mai de profunzime.

Metoda a prilejuit numeroase cercetări cu privire la modificarea parametrilor fiziologici care îi sunt concomitenți: apariția sau intensificarea undelor cerebrale de repaus, creșterea temperaturii cutanate a membrelor, de exemplu, ceea ce îi conferă o valoare excepțională ca metodă de relaxare. → RELAXARE.

Bibl.: Schultz, J. H., *Das Autogene Training*, 1932, trad. et adaptation fr.: Durant de Bousingen, R., Becker, Y., *Le traitement autogène. Méthode de relaxation par autodéconcentration concentrative*, P.U.F., Paris, 1965.

TRANCHILIZANT (engl. *tranquilliser*). **Substanță psihotropă cu structuri chimice variate având principal efect terapeutic asupra manifestărilor psihice și somatice ale anxietății.**

Termenul de *tranchilizant* a fost consacrat în Franța de clasificarea lui J. Delay și P. Deniker.

Pare actualmente de preferat să vorbim de „tranchilizante minore", spre a evita orice ambiguitate cu nomenclatura anglo-saxonă care confundă, sub termenul *tranchilizant* (engl. *tranquillizer*), *neurolepticele* (engl. *major tranquillizer*) și substanțele care fac obiectul acestui articol.

Principalul simptom vizat de prescripția de tranchilizante fiind anxietatea, vorbim adesea de medicamente anxiolitice.

De fapt, se dejagă două efecte terapeutice complementare: un efect anxiolitic și un efect sedativ. O clasificare a acestor medicamente se bazează pe o prevalență a uneia sau alteia dintre aceste două acțiuni principale.

Două mari clase de substanțe sunt cel mai adesea utilizate pentru proprietățile lor anxiolitice: benzodiazepinele și carbamații.

În general, printre tranchilizante se clasifică medicamente care aparțin altor grupe farmacologice, între care unele neuroleptice, antihistaminicele, morfina, beta-blocantele și chiar etanolul, al cărui profil de acțiune este întru totul superpozabil aceluia al benzodiazepinelor. Este, de altfel, clar că utilizarea sa la om este uneori legată de căutarea unui efect anxiolitic.

Dacă există o eterogenitate chimică a medicamentelor tranchilizante, putem totuși defini unele puncte de impact farmacologice. În doze ridicate, tranchilizantele exercită un efect sedativ care se manifestă printr-o diminuare a activității locomotorii a animalelor și o potențializare a depresorilor sistemului nervos central (hipnotice, alcool...). Toate aceste substanțe, dar îndeosebi benzodiazepinele, exercită efecte anticonvulsivante ușor de pus în evidență.

În doze slabe sau moderate, benzodiazepinele și, într-un grad mai mic, meprobramatul exercită efecte care par mai proprii activității lor terapeutice. Asistăm astfel, la animal, la o suprimare a răspunsurilor emoționale condiționate. În cursul unei condiționări, animalele nu-și pot continua activitatea normală (motorie sau alimentară) în cazul în care stimulul condiționat le avertizează de iminența unei pedepse ineluctabile; sub influența tranchilizantelor, însă, aceste animale își pot continua în mod normal activitatea. Un alt test privește inhibarea comportamentului supresiv: când se creează la animal o situație conflictuală (oscilare între dorința de recompensă și

frica de pedeapsă), frica de pedeapsă poate determina o suspendare a oricărei activități. Sub influența tranchilizantelor, animalul își reia activitatea fără a se putea spune că este vorba de o subestimare a pedepsei sau de o supraestimare a recompensei.

TRANSĂ (engl. *trance*). **Stare de conștiință modificată, caracterizată printr-o reducere a sensibilității la stimuli, o alterare sau chiar o pierdere tranzitorie de contact cu mediul exterior, substituirea de comportamente automate unei activități voluntare și o frecventă exaltare, cu euforie, care îi dă subiectului impresia că este transportat în afara lui însuși și a lumii reale.**

Descrisă de multă vreme ca o manifestare colectivă în cursul anumitor ceremonii religioase (ecstazie), în special în cultul vodu al negrilor din Antile, această stare se regăsește atât în isterie, cât și în hipnoză. A.M.J. de Chastenet de Puységur a remarcat-o în somnambulismul provocat (pornind, de altfel, de la primele sale observații făcute asupra bolnavilor tratați de magistrul său A.Mesmer în cursul „crizei magnetice", în 1784).

Pe urmele lui G. Lapassade, putem distinge cinci tipuri principale:

1) transa neotenică, stare care se poate produce la sugar în momentele de disperare (G. Boyesen);

2) transa exomatică sau *experiența extracorporală* (engl. *out of the body-experience*), „în care o persoană pare să perceapă lumea dintr-o poziție situată în afara corpului său fizic" (S. Blackmore); aceasta ar fi starea în care s-ar pune unii șamani care au devenit stăpâni ai „tehnicilor arhaice de extaz" (M. Eliade);

3) transa onirică sau visul lucid (F. Van Eeden), stare în care „corpul de vis" devine „corp astral", pe care caută să-l sesizeze specialiștii în parapsihologie și „mediumurile";

4) transa orgasmică, stare care ar fi aceea a stării hipnotice și a „mulțimilor în delir" descrise de G. Le Bon; este transa pe care o căuta W. Reich în ale sale psihoterapii „bioenergetice";

5) stările de moarte iminentă. Se știe că deja în evul mediu se numea „transă" ultima trecere (*transit*) pe drumul de la viață la moarte. R. Moody a studiat bine aceste stări la cei scăpați teferi din catastrofe în care au cunoscut trăirea unei morți iminente. El le compară cu unele experiențe de izolare prelungită la exploratorii solitari sau la naufragiații care au supraviețuit în singurătate o lungă perioadă de timp, înainte de a fi salvați.

De cele mai multe ori, însă, aceste stări sunt direct induse prin sugestii hipnotice, prin absorbția unor droguri sau practica asiduă a yoga sau a meditației *zen*.

Bibl.: Lapassade, G., *Les états modifiés de conscience*, P.U.F., Paris, 1987; Valla, J.P., *Les états étranges de la conscience*, P.U.F., Paris, 1992.

TRANSFER (engl. *transference*). **1) Deplasare a unei cantități de investire de la o reprezentare psihică la alta, potrivit procesului primar. 2) Substituire a unei persoane cu alta, în schimbul de atașamente erotice sau afective ale subiectului; capacitate de a investi un obiect libidinal exterior subiectului, exigibil pentru travaliul psihanalitic.**

Termenul de „transfer" este necesar în tehnica psihanalitică pentru a explica sentimentele de dragoste sau de ură pe care analizantul le poate manifesta în mod deplasat față de psihanalist sau față de situația analitică. Transferul îi permite

psihanalistului să repereze în acțiunea pacientului repetarea de situații infantile deja trăite și îl autorizează să i le interpreteze pentru a-i permite să se descotorosească de legături afective perimate, dar cu toate acestea, stăruitoare.

TRANSSEXUALISM (engl. *transsexualism*). **Adevărată convingere cvasidelirantă de a aparține sexului opus celui pe care natura l-a dat subiectului care, deci, va dori în permanență și va căuta să obțină prin toate mijloacele (îndeosebi endocrinologice și chirurgicale) schimbarea sexului.**

Dacă încă E. Esquirol a descris cazul unui „bărbat în vârstă de 26 de ani, înalt, cu o statură frumoasă, arătos la față, căruia îi plăcea să se îmbrace femeiește [...], convins că este femeie și căutând să convingă toată lumea de lucrul acesta, chiar și pe membrii familiei sale" (1838), abia prin anii '50 acest sindrom apare ca relativ frecvent, într-o populație care, de altfel, nu prezintă o patologie mentală manifestă. DSM-III propune următoarele criterii de diagnosticare:

– dorința de a fi debarasat de organele sale genitale și de a trăi ca un subiect de celălalt sex;

– perturbarea durează continuu de cel puțin doi ani;

– absență de ambiguitate sexuală organică sau de anomalie genetică;

– nu se datorează unei alte tulburări mentale, ca schizofrenia.

Trebuie să deosebim transsexualismul masculin de cel feminin. În cel dintâi, de 5–6 ori mai frecvent, s-au manifestat tendințe homosexuale încă înainte de pubertate. Atracția către anumite profesii este obișnuită, precum și frecventarea de medii ieșite din comun, etapa ulterioară a tratamentului hormonal și existența unei situații ambigue și socialmente marginale putând duce la realizarea de transformări anatomice prin intervenții chirurgicale.

La femeie, dacă androgenii favorizează modificările și dacă există solicitări de transformare anatomică, nu are loc marginalizarea socială; dimpotrivă, o căutare a rolului viril social și profesional și adoptarea unei responsabilități sociale și a unui habitus masculin conduc adesea la o bună inserție profesională.

În cursul traiectoriei sale biografice, transsexualul nu este aproape niciodată luat în atenție: comportamentul în copilărie iese arareori din comun, ca și la pubertate de altfel. Ulterior, tratamentul hormonal reprezintă o etapă și îi este adesea administrat. Transformarea anatomică nu este constantă și este adesea progresivă, în urma unor intervenții chirurgicale minore, încurajate de soț.

Cererea de schimbare a stării civile este etapa ultimă la care caută să ajungă transsexualul, care rareori este tratat pe plan psihoterapeutic. De câtva timp vedem oficializându-se schimbările de stare civilă. Cu toate acestea, aceste cazuri rămân izolate și se dezvoltă o populație marginală. Veritabila negare subiectivă a sexului are poate, parțial, o origine biologică. Cercetările recente converg în sensul unei diferențieri ultraprecoce a creierelor masculin și feminin din punct de vedere funcțional (F. Hartmann). Oricum, decizia de schimbare juridică a sexului nu ar trebui să intervină decât ca urmare a unei expertize medico-psihiatrice din partea unei echipe interdisciplinare calificate (F. Sutton).

TRANZITIVISM (engl. *transitivism*). **Mecanism deliric observat în schizofrenie,**

prin care pacientul proiectează o parte din el însuși asupra altei persoane sau asupra unui obiect din lumea exterioară.

Gândirea sa, acțiunile, halucinațiile sunt trăite de bolnav ca fiind experiența altuia. AMDP — Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie — este o asociație de origine germană, creată în anii '60, iar în 1977 la Liège, ca secție francofonă. AMDP propune un sistem de documentare și de evaluare a psihopatologiei bazat pe concepțiile germană și franceză. AMDP opune tranzitivismul „aproprierii". În *apropriere* (germ. *Appersonierung)* pacientul introiectează fenomene din lumea exterioară. AMDP dă exemplul unui pacient care privește cum cineva bate un covor, plângându-se că el însuși este cel bătut (apropriere). Un alt bolnav vede o umbră, se sperie și scoate un țipăt, pentru ca apoi să se mire că umbra a țipat (tranzitivism).

TRATAMENT AVERSIV (engl. *aversion therapy*). **Tehnica de psihoterapie bazată pe repulsie sau aversiune.**

Aversiunea a fost utilizată pentru a reduce unele stări, ca aceea de dependență în alcoolism, precum și în problemele de orientare sexuală (pedofilie, exhibiționism, fetișism, travestism și chiar homosexualitate), în cazurile în care, din diferite cauze, nu erau accesibile unei psihoterapii. Tehnicile aversive constau în a face ca acel comportament de care se plânge pacientul să fie succedat de o consecință dezagreabilă, ba chiar de un stimul nociceptiv. Astfel, curele de dezgust, în mod curent practicate după 1929 în cazul etilismului, constau în a asocia ingestia de alcool cu administrarea unui produs emetic, vomismentele provocate de acesta determinând o adevărată repulsie pentru alcool, căruia îi sunt imputate.

Alte metode, în vogă la sfârșitul anilor '50, dar căzute azi în desuetudine, îl supun pe subiect unei adevărate chemări la ordine sub forma, de exemplu, a unor slabe corecții cu ajutorul curentului electric ori de câte ori se produce comportamentul indezirabil. Acest model punitiv este luat din principiile condiționării și este prezentat ca o decondiționare. El a fost utilizat într-o formă diferită, în care stimulul aversiv este imaginat: subiectul este, în cadrul ședințelor, invitat să se reprezinte mental pe cale de a emite comportamentul de nedorit, ca apoi să fie incitat de terapeut să-și imagineze, exagerându-le, consecințele cele mai supărătoare ale acelui comportament. În afara criticilor care se referă la aspectele etice, li se reproșează tehnicilor aversive, pe de o parte, utilizarea în mod eronat a legilor decondiționării, iar, pe de altă parte, de a ignora în mod deliberat complexitatea problemelor subiacente ale comportamentului vizat.

TRATAMENT DE ȘOC (engl. *shock-therapy*). **Orice mijloc terapeutic utilizat în psihiatrie care urmărește să provoace o criză însoțită de pierderea cunoștinței, în scopul de a restabili un echilibru mental la unii bolnavi psihotici.**

Ideea acestor tratamente este veche, din moment ce deja Van Helmont propunea, la începutul secolului al XVII-lea, imersiunea bruscă și brutală, cu înecarea cvasitotală a bolnavului, care, reanimat în ultimul moment, se considera că își recapătă mințile, uitând definitiv delirul său melancolic. Această imersiune va deveni „baia-surpriză" pe care o găsim aplicată la Charenton și la Gand de către J. Guislain, în prima jumătate a secolului al XIX-lea, în pofida vehementelor critici ale lui P. Pinel, care

socotea acest tratament un adevărat delir medical.

Dar abia la începuturile psihiatriei biologice, către anii '30, după succesele lui J. Wagner von Jauregg în tratamentul paraliziei generale cu ajutorul malarioterapiei, unii dintre elevii săi preconizează utilizarea de crize convulsive și comatoase în tratamentul schizofreniei. Ei se întemeiau pe o constatare epidemiologică dovedită mai târziu inexactă: incompatibilitatea dintre schizofrenie și epilepsie. Ei reluau, de asemenea, vechile concepții hipocratice, insistând asupra necesității de a provoca o criză pentru a obține vindecarea unor maladii cronice. Astfel, M. Sakel administrează insulină pentru a produce „come insulinice" la psihoticii cronici, începând din 1932. Doi ani mai târziu, L. von Meduna utilizează solucamforul, apoi cardiazolul, în injecție intravenoasă, ceea ce provoacă crize comițiale convulsive la schizofrenici. Aceasta va fi prima sismoterapie.

În 1838, la Roma, U. Cerletti și L. Bini inventează electrosocul sau sismoterapia prin excitare electrică cerebrală. Ei îl utilizează mai întâi la deliranți cronici, dar foarte repede își dau seama că electrosismoterapia lor este eficace mai ales în depresia melancolică, în care și în prezent este preconizată (→ ELECTROȘOC). Ceea ce nu este cazul curei Sakel și a curei von Meduna, care au fost abandonate de la apariția neurolepticelor, în 1952.

Considerate adesea brutale și periculoase, aceste terapeutici de șoc au avut utilitatea lor într-o epocă în care în psihiatrie lipseau tratamentele biologice. Numai electrosocul continuă să fie practicat din plin, în cazul stărilor depresive și în unele psihoze acute.

TRATAMENT MORAL (engl. *moral therapy*). **Formă de psihoterapie rațională a nebuniei, bazată pe bunăvoință, blândețe și persuasiune, preconizată la sfârșitul secolului al XVIII-lea de W. Tuke în Marea Britanie și de Ph. Pinel în Franța.**

Ceea ce propunea acesta din urmă se opunea în mod radical atitudinilor anterioare adoptate de medici față de nebuni, considerați „smintiți", adică total lipsiți de rațiune. Pentru Ph. Pinel, bolnavul mental nu este decât un „alienat" în mod provizoriu privat de o parte din rațiunea sa, cu care, deci, comunicarea rămâne posibilă. Este suficient să-i „vorbești cu blândețe", să-i „compătimești necazurile" și să-i „dai speranța consolatoare întru o soartă mai fericită" spre a-l vedea în general părăsindu-și „pornirea violentă" și periculozitatea (*Mémoire sur le traitement moral des aliénés*, prezentat Societății medicale de emulație, în anul VII). „Vorba blândă" reprezenta condiția necesară a oricărei convorbiri terapeutice și a oricărei relații dătătoare de încredere și securizante, care de altfel cerea abandonarea cel puțin parțială a constrângerii și a mijloacelor de imobilizare (de unde legenda ridicării lanțurilor la ospiciul din Bicêtre). „A compătimi necazurile" alienatului era a crea, literalmente vorbind, un climat de sănătate și un fel de empatie, pe care o va preconiza cu aproape două secole mai târziu C. Rogers cu a sa „ascultare empatică" (→ PSIHOTERAPIE). Dacă „speranța consolatoare întru o soartă mai fericită" este, fără îndoială, motorul acestei relații terapeutice, ea îi este totodată și capcana. Într-adevăr, îi dă pacientului credința în vindecarea sa devenită posibilă, dar îl și convertește la sistemul de credințe al terapeutului. Persuasiunea acestuia trebuie în cele din urmă să se impună bolnavului, iar ea se practică într-un joc de seducții narcisice în care își face apariția o agresivitate

a terapeutului care va deveni deosebit de violentă la F. Leuret, ultimul mare practician al acestei psihoterapii (*Tratamentul moral al nebuniei*, 1840). Căci autoritatea morală și rațiunea medicului trebuie întotdeauna să biruie rațiunea fragilă și slabă a alienatului. De unde necesitatea, deja preconizată de Pinel, a unei atitudini autoritare și de atotputernicie medicală a practicianului care își impune „logica" și întregul său sistem de valori. Cum bine a arătat R. Castel, aceasta face ca tratamentul moral să fie „imediat încadrat într-o analogie pedagogică". Este ceea ce a constatat fără întârziere E. Georget, care va vorbi despre ea ca despre o veritabilă „educație medicală" (*Despre nebunie*, 1820).

Tratamentul moral va cădea în desuetudine în cea de a doua jumătate a secolului al XIX-lea. O dată cu creșterea considerabilă a numărului de pensionari în aziluri el va deveni un simplu „tratament administrativ" (Ch. Lasègue) care reglează munca și condițiile de viață colectivă ale bolnavilor în instituția psihiatrică. Va trebui să se aștepte „descoperirea inconștientului" pentru ca un nou tratament psihic să apară, nemaisituându-se, ca precedentul, la nivelul conștientului rațional (unde „rațiunea medicală a celui mai tare" învinge în mod necesar „rațiunea slăbită" a alienatului) [cf. *A la découverte de l'inconscient*, de H. Ellenberger, 1970]. O dată cu psihanaliza devine posibilă o psihoterapie veritabilă, deoarece acum nebunia este recunoscută de către terapeut în cadrul inconștientului ca atare. Este o nouă alianță terapeutică, alianță care restabilește în sfârșit egalitatea între cei doi parteneri din cadrul tratamentului moral.

Bibl.: Georget, E., *De la folie*, 1820, rééd. Privat, Toulouse; Postel, J. „Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX-e siècle", *Évolution psychiatrique*, 44, 3, pp. 585–616.

TRAUMATISM PSIHIC (engl. *trauma*). **Eveniment suferit de un subiect, care resimte o foarte puternică zdruncinare afectivă și emoțională ce pune în joc echilibrul său psihologic și determină adesea o decompensare de tip psihotic sau nevrotic, sau diverse somatizări.**

Nevroza traumatică i-a servit lui S. Freud ca prim model al concepției sale privind psihogeneza isteriei și a nevrozei fobice, pe marginea teoriei seducției sexuale a copilului de către adult. Termenul este în prezent rezervat descrierii tulburărilor nevrotice și psihosomatice care sunt consecința directă a unor emoții violente cauzate de accidente, de agresiuni dramatice, de catastrofe (accidente de cale ferată, naufragii, cutremure de pământ). Traumatismul psihic pune, în special, probleme privind despăgubirea traumatizaților psihic, în urma unei expertize psihiatrice medico-legale.

În cazul în care traumatismele psihice sunt relativ minime, însă repetate, ele pot determina o stare de stres. O formă deosebită de traumatism psihic este reprezentată de acel eveniment de viață ale cărui efecte psihopatologice sunt adesea întârziate în raport cu data la care s-a petrecut evenimentul (J. Guyotat). Este îndeosebi cazul unor stări depresive care se produc în urma unui doliu sau a unei despărțiri. → NEVROZĂ POSTTRAUMATICĂ; STRES.

TRAVALIUL DOLIULUI (engl. *work of mourning*): **Proces prin care subiectul luptă contra reacției depresive determinată la el de pierderea unei ființe scumpe.** → DOLIU.

TRAVESTISM (engl. *transvestism*). **Adoptarea de către unii subiecți a habitusului vestimentar și social al sexului opus, putând merge uneori până la necesitatea de a purta veșmintele acestuia ca să obțină o juisare sexuală.** (Sinonim: transvestism.)

Descris mai întâi la bărbat de către Havelock Ellis sub termenul de *eonism**, travestismul apare și la femeie, deși mai rar (R. Stoller). Nu avem de-a face cu un grad minor de inversiune sexuală, cum socoteau sexologii de la începutul secolului XX. A. Hesnard (1886–1969) a demonstrat că impulsia sexuală la bărbații travestiști este clar orientată spre femeie, în același timp dorită și amenințătoare, așadar ținută la distanță. În eșecul său de a o poseda pe deplin printr-un act sexual care rămâne dificil (impotența și ejacularea precoce sunt frecvente la asemenea pacienți), travestistul își apropriază partenera identificându-se cu ea prin ceea ce o reprezintă cel mai bine pe plan imaginar și simbolic: vestimentația și rolul ei social (dacă e posibil). Travestindu-se, el nu ar deveni deci obiect sexual pentru un alt bărbat, ci ar rămâne bărbat pentru el însuși, într-o poziție narcisică. Alți autori au insistat mai ales asupra aspectelor fetișiste ale travestismului, deosebit de evidente în cazurile în care plăcerea sexuală nu poate fi obținută decât prin manipularea și purtarea veșmintelor celuilalt sex. → EONISM.

TRIANGULAȚIE (fr. *triangulation*). **În abordarea sistemică promovată de terapia instituțională (J. Haley, S. Minuchin, M. Bowen), sistem format de copil și de părinții săi, ascunzând un conflict în care este angajat copilul.**

Fiecare din cei doi părinți îi cere copilului să fie de partea sa, contra celuilalt, așa încât copilul, angajat în conflictul lor, simte că de fiecare dată el intervine ca atacant al unuia sau altuia. În consecință, copilul este ca paralizat. Obiectivul terapiei este în acest caz spargerea acestei triangulații.

TRICICLIC (engl. *tricyclic*). **Substanță chimică cu proprietăți antidepresive, caracterizată printr-un nucleu cu trei lanțuri închise: două cicluri fenil și un ciclu central cicloheptadien (sau cicloheptatrien).**

Psihiatrul elvețian R. Kuhn este acela care, în 1957, a descoperit efectele antidepresive ale primului dintre aceste triciclice sintetizate, imipramina, al cărei ciclu central are șapte vârfuri care cuprind un heteroatom de azot, cu un lanț lateral ce se termină cu o funcție amino. Au urmat alte triciclice, susceptibile și ele de un efect curativ în cazul depresiei: triciclice cu ciclu central saturat (amitriptilină, butriptilină sau nortriptilină) sau cu un ciclu central nesaturat (protriptilină); cu un singur heteroatom (dezipramină, doxepină); și cu mai mulți heteroatomi (dibenzipină și amoxapină).

Toate aceste substanțe acționează esențialmente asupra sistemelor neurotransmițătoare, a căror disfuncție ar fi responsabilă de tulburările de dispoziție. Ele sporesc îndeosebi neurotransmisia serotoninergică și inhibă recaptarea serotoninei la nivelul sinapselor cerebrale. → ANTIDEPRESOR; PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ.

TRICOTILOMANIE (engl. *trichomania* sau *trichotelomania*). **Compulsie caracterizată de smulgerea părului de pe cap, a perilor de pe corp sau chiar a sprâncenelor.**

Subiectul luptă cu greu împotriva acestei manii care, mai ales în timpul său liber,

devine cu adevărat obsedantă. Uneori are la origine o afecțiune a pielii capului, dar persistă și după vindecare. Întinderea zonelor depilate evocă o alopecie.

TRIP (termen englez). **„Călătorie" sau experiența indusă de administrarea unui halucinogen.**

„Bad trip" este o experiență dezagreabilă, asociată cu angoasă, chiar cu reacție psihotică.

TRISOMIE 21 sau **MONGOLISM** (engl. *Down's syndrome* sau *mongolism*). **Maladie descrisă în 1866 de medicul englez John Haydon Down (1828–1829), maladie în care anomalii morfologice particulare se asociază cu o deficiență mentală.**

Descoperirea de către J. Lejeune, în 1959, a unui cromozom 21 supranumerar a permis determinarea etiologiei acestei maladii și inaugurarea a numeroase cercetări asupra cauzelor altor maladii congenitale.

Există aproximativ o trisomie 21 la 600 de nașteri. Riscul apariției este direct legat de vârsta mamei, ceea ce înseamnă că sporește mult după 45 de ani. Actualmente se propune efectuarea sistematică a unei amniocenteze la toate femeile însărcinate în vârstă de peste 35 de ani, în scopul detectării anomaliei genetice, și practicarea unei întreruperi a sarcinii, dacă ele o doresc. Riscul apariției unui nou copil trisomic, după primul, depinde de tipul de anomalie genetică. Dacă este vorba de un cromozom supranumerar întreg, riscul de recidivă la o mamă de 30 de ani este de circa 1%. În cazul intervertirii a doi cromozomi, riscul este de zece ori mai mare, dacă mama este aceea care transmite anomalia.

Copilul trisomic 21 poate fi recunoscut destul de timpuriu, el având un facies asiatic cu fante palpebrale oblice, asociat cu un pliu cutanat în unghiul intern al ochiului, numit *epicantus*. Forma craniului este aplatizată, limba îndoită și frecvent exteriorizată. Mâinile sunt caracteristice, cu anomalii ale pliurilor palmei și degete scurte. Talia este mică. Adesea se descoperă o cataractă și malformații cardiace. Întârzierea dezvoltării psihomotorii este constantă, dar de un grad variabil. Majoritatea copiilor trisomici 21 au un coeficient intelectual cuprins între 30 și 65, ceea ce definește deficiența intelectuală profundă (o cincime din deficienții intelectuali profunzi sunt trisomici) și mijlocie.

Condițiile în care părinții iau cunoștință de handicapul copilului lor par foarte importante pentru calitatea ulterioară a relației lor cu acesta. Cei mai mulți autori susțin că însoțirea părinților cu copilul trebuie să înceapă foarte precoce, de exemplu într-un centru medico-social sau în cadrul unei echipe de sănătate mentală infantilă. Sprijinul din partea unei asociații de părinți este adesea prețios. Majoritatea copiilor trisomici neputându-se integra în cursul obișnuit al școlarității primare, de dorit este integrarea lor în centre specializate, cum sunt externatele medico-pedagogice sau externatele medico-profesionale în care vor putea găsi un răspuns adaptat la trebuințele și posibilitățile lor. În acest tip de stabiliment segregarea tinerilor mongoliști poate fi evitată prin coexistența cu alți copii care prezintă probleme diferite. Învățământul poate fi adaptat la deficiență și asociat cu reeducări ortofonice și psihomotorii, adesea necesare. Celelalte activități permit și ele progrese în dobândirea autonomiei și realizarea de contacte sociale, în funcție de posibilitățile

fiecărui copil. Acest tip de luare în sarcină poate permite, la unii trisomici, o învățare profesională, care, oricum, necesită o colaborare strânsă cu familia.

TULBURĂRI ALE SOMNULUI. **ASDC *(Association of Sleep Disorders Centers)* a propus, din 1979, o clasificare diagnostică a tulburărilor somnului și *stării de veghe* (engl. *arousal*), de inspirație americană, elaborată în paralel cu DSM.**

Acest cadru foarte larg regrupează:

– *tulburări ale fazei inițiale și ale menținerii somnului* (engl. Disorders of Initiating and Maintaining Sleep: DIMS);

– *tulburări caracterizate prin hipersomnie* (engl. Disorders of Excessive Somnolence: DOES);

– *tulburări ale ciclului veghe–somn* (engl. Disorders of the Sleep-Wake Schedule);

– aspecte disfuncționale asociate cu somnul, cu unele faze ale somnului sau cu stările de veghe parțială (parasomnii).

Primele două categorii se bazează pe autoobservația pacientului și sunt cele mai frecvente. Pe de altă parte, unele tulburări care aparțin la categorii diverse pot fi asociate. De exemplu, unele mioclonii nocturne pot surveni în același timp cu o tulburare de adormire (mișcările membrelor inferioare stingheresc adormirea).

Un diagnostic al tulburării somnului trebuie să acorde o atenție aparte plângerilor pacientului și să țină seama, de asemenea, de informații accesorii (sforăit, cadrul ambiental al somnului, utilizarea de alcool și medicamente, antecedente medicale și chirurgicale). Partenerul de somn va furniza informații de care pacientul nu este conștient (sforăit, stopuri respiratorii, spasme musculare).

Clasificarea tulburărilor fazei inițiale și ale menținerii somnului. Aceste tulburări sunt:

– psihofiziologice;

– asociate cu tulburări psihiatrice;

– asociate cu abuzul de medicamente, de droguri și de alcool.

Tulburări respiratorii sunt induse de somn (apnee, hipoventilație alveolară); mioclonii nocturne și „picioare fără astâmpăr" pot, de asemenea, surveni în tulburările de somn.

Hipersomnii. Hipersomniile sunt:

– psihofiziologice;

– asociate cu tulburări psihiatrice;

– asociate cu abuzul de medicamente, de droguri și de alcool. Tulburări respiratorii sunt induse de somn (apnee, hipoventilație alveolară); intervin, de asemenea, mioclonii nocturne și „picioare fără astâmpăr", narcolepsia, hipersomniile idiopatice și tulburări asociate cu alte tulburări medicale, toxice sau environmentale.

Tulburări ale ciclului veghe–somn. Acestea sunt fie tranzitorii (schimbare de fus orar; schimbare de orar de muncă), fie persistente (schimbări frecvente ale orelor de somn, întârziere de fază, devansare de fază, sindrom veghe–somn care nu coincide cu ritmul nictemeral, organizare veghe–somn neregulată).

Parasomnii. Parasomniile includ somnambulismul, spaimele nocturne, enurezia. Alte tulburări: coșmarele, epilepsia nocturnă, bruxismul, o formă familială de paralizie a somnului, anerecția în timpul somnului. Găsim, de asemenea, erecții dureroase în timpul somnului, cefalee hipnice (mai ales migrene), tulburări de deglutiție în timpul somnului, astm nocturn, tulburări cardiovasculare hipnice, reflux gastroesofagian nocturn, hemoglobinurie paroxistică nocturnă etc.

Timp de adormire. Pe lângă înregistrarea poligrafică a nopților de somn, testul iterativ de latență a adormirii permite aprecierea unui alt aspect al ciclului veghe–somn: nivelul de trezire diurn. Acest test măsoară timpul de adormire în mai multe momente ale zilei: (orele 10, 12, 14, 16 și 18, de exemplu). Testul a fost pus la punct la universitatea Stanford de către J. Carskadon și Dement (1977), care pornesc de la ideea că adormim cu atât mai repede cu cât suntem mai somnolenți. Subiectul este invitat să se culce și se măsoară timpul care a trecut de la stingerea luminii la prima fază a stadiului 1 sau a stadiului 2, sau până la somnul paradoxal. În caz de adormire, subiectul este trezit după unu sau zece minute. În caz că nu adoarme, testul este întrerupt după 15 sau 20 de minute. Un subiect care suferă de narcolepsie sau de apnee hipnică va adormi mai rapid (în 3–5 minute, în general) decât un martor normal supus testului.

Date epidemiologice. Tulburările de somn fac parte din experiența fiecăruia. Cu toate acestea, o vastă anchetă americană (M. Coleman și colab., 1982) a arătat că 35% din subiecții suferinzi de insomnie și examinați într-un centru de tratare a tulburărilor de somn prezintă o formă oarecare de patologie psihiatrică aflată în mod aparent la originea tulburării. Într-o cercetare a unui eșantion din populația orașului Los Angeles (E.O. Bixler și colab., 1979), 32% din subiecții interogați se plângeau de o tulburare a somnului în momentul anchetei. Alte cercetări dau cifre și mai ridicate.

Dificultatea acestor anchete epidemiologice provine de la subiectivitatea datelor raportate de subiecții interogați. În cazul unei înregistrări a somnului, pacienții nu percep bine momentul adormirii și durata totală a somnului.

Subiecții în vârstă se plâng și mai mult de tulburări de somn. Persoanele în vârstă de peste 65 de ani ar fi responsabile de peste 50% din consumul de hipnotice (O. Benoit, 1988). Anumite patologii sunt la ele mai frecvente: din 145 de persoane în vârstă de la 65 la 95 de ani, 62% prezintă în cursul somnului fie un sindrom de apnee (18%), fie mișcări periodice nocturne (34%), fie și una și alta (10%) (S. Ancoli–Israel și colab., 1985).

TULBURĂRI ALE FAZEI INIȚIALE ȘI ALE MENȚINERII SOMNULUI. Această categorie regrupează majoritatea insomniilor observate în clinica curentă. Dacă se urmează demersul ASCD, insomniile pot fi clasificate după durata lor (acute sau cronice), după cum sunt sau nu asociate cu consumul de alcool, droguri sau medicamente, după prezența sau absența unei tulburări psihiatrice sau somatice.

La un insomniac pot fi asociați mai mulți factori. Abordarea ASDC insistă asupra acestui aspect multifactorial al insomniei, care amintește de perspectiva multiaxială a DSM-III în abordarea tulburărilor psihiatrice.

Insomnie psihofiziologică. Există o formă tranzitorie. Convențional, această insomnie durează mai puțin de trei săptămâni. Ea încetează, în general, o dată cu dispariția factorului de stres care este responsabil de tulburare. Trebuie eliminați factorii etiologici psihiatrici (ca psihoză maniaco-depresivă) sau somatici (ca hipertiroidie). Nu este necesară explorarea în laborator a acestei insomnii. Acestui tip de pacienți le sunt prescrise cel mai adesea hipnotice sedative cum sunt benzodiazepinele. Unii autori (J.H. Schultz și

D.K. Reynolds, 1988) insistă asupra prudenței necesare în tratarea acestui tip de insomnie, deconsiliind prescripții de hipnotice pe o perioadă mai mare de 3 luni; explorarea prealabilă a unui sforăit care ar putea să corespundă unui sindrom de apnee hipnică riscă să se agraveze prin benzodiazepine.

Există și o formă persistentă. Plângerile sunt aceleași ca la forma tranzitorie, dar ele devin cronice. Profilul psihologic al acestui tip de insomniac este cel mai adesea patologic. La laboratorul hipnic, pacientul prezintă un nivel de trezire ridicat și mai puține stadii 4 decât subiectul normal.

Un rol important în această insomnie pare să joace o condiționare negativă: pacienții dorm mai bine în afara mediului lor obișnuit și, în mod paradoxal, adorm în cadrul nou pentru ei al laboratorului hipnic. Uneori tensiunea care stânjenește adormirea provine de la eforturile psihice excesive pe care le fac în fiecare seară ca să adoarmă.

Important este să căutăm o patologie psihiatrică asociată în aceste insomnii persistente, precum și un abuz de stimulente, cum sunt cafeina sau consumul excesiv de alcool. Uneori subiecții care se plâng de somnolență excesivă nu reușesc să doarmă, ca în cazul apneelor hipnice. Tulburări de ritm circadian (decalaje de fază: întârziere sau devansare a momentului adormirii) pot fi luate drept o insomnie persistentă, dar se deosebesc de aceasta printr-o bună calitate a somnului o dată ce subiectul a adormit.

O înregistrare poligrafică a somnului poate fi utilă în acest tip de insomnie. Tratamentele hipnotice trebuie să intervină numai după instituirea unei bune igiene a somnului. Un tratament antidepresor va reuși uneori să reducă o insomnie care nu este decât un simptom al unei depresii subiacente. În acest caz poligrafia va arăta o scurtare caracteristică a latenței somnului paradoxal.

Mișcări periodice nocturne. În cursul somnului pot avea loc mișcări periodice, numite și mioclonii nocturne. Aceste secuse musculare stereotipe ale membrelor inferioare (mai ales mușchiul tibial anterior, la care această mișcare poate fi înregistrată prin electromiografie de laborator) și uneori ale celor superioare se pot produce la fiecare 15–30 de secunde. Acest fenomen, care crește cu vârsta (20–30% dintre subiecții în vârstă de peste 60 de ani ar suferi de aceasta, după M. Coleman, 1982), poate surveni la subiecții normali fără a fi asociat cu nici o manifestare patologică. Într-un studiu american (Project Sleep National Collaborative Study), 12,2% dintre subiecții care se plâng de tulburări ale fazei inițiale sau de menținerea somnului (DIMS) prezintă mișcări periodice, față de 3,5% dintre subiecții care raportează o somnolență diurnă excesivă.

De la o anumită intensitate, mișcările nocturne îi trezesc pe cei care le fac și care se plâng de insomnie și uneori de somnolență diurnă.

Ca să diagnosticăm certe mișcări periodice nocturne, se cer eliminate o serie de cauze medicale: diverse tulburări renale și metabolice, unele medicamente, în special antidepresorii triciclici. Trebuie să distingem mișcările periodice de o mioclonie epileptică ce survine în cursul somnului (prezentând interes o înregistrare E.E.G. continuă). Pentru tratarea mișcărilor periodice nocturne au fost propuse benzodiazepinele.

Sindromul „picioarelor fără astâmpăr": impacientele și senzațiile dezagreabile la nivelul membrelor inferioare încetând când subiectul se mișcă, sindromul este

aproape întotdeauna asociat cu mișcările periodice nocturne. Mecanismul fiziopatologic rămâne necunoscut. Pentru tratament au fost propuse tot benzodiazepinele, precum și metode nonfarmacologice (exerciții fizice etc.).

Anomalii poligrafice (somn alfa–delta). Acești pacienți se plâng de somn care nu-i reconfortează. Ei suferă de dureri, mai ales musculare, în timpul zilei. Adesea încep prin a consulta un reumatolog. Durata totală a somnului este normală și nu există defazare a orarului de somn. În laborator se remarcă intruziunea de unde alfa (care corespund cu starea de veghe) în stadiile non-REM: de unde numele de *somn alfa–delta* dat acestui sindrom. Mecanismul rămâne necunoscut. Cu toate acestea, se va investiga un abuz de psihostimulente de tip amfetaminic sau un sevraj brutal referitor la sedative, care pot determina asemenea intruziuni de unde alfa. Nu există tratament bine pus la punct.

Alte tulburări ale fazei inițiale și de menținere a somnului. De tulburări ale somnului pot fi responsabili și factorii medicali, toxici sau legați de mediu. Pe de altă parte, unii subiecți dorm puțin fără a prezenta nici o anomalie: ei nu necesită nici un tratament. Acești „parvosomniaci" (mai puțin de 5,5 ore de somn, după unii autori) dovedesc dispersia interindividuală a duratei somnului. Oricare ar fi deosebirile între parvosomniaci și magnosomniaci, înregistrările poligrafice arată la toți acești subiecți normali o aceeași cantitate de somn lent profund.

TULBURĂRI CARACTERIZATE PRIN HIPERSOMNIE. Aceste tulburări se manifestă prin somnolență diurnă, adormiri bruște când subiectul nu este decât puțin stimulat și o scădere a performanțelor cognitive. Tulburări psihiatrice (depresie, de exemplu) pot sta și aici la originea patologiei somnului. Narcolepsia și sindromul de apnee hipnică sunt diagnosticele cel mai adesea regăsite în această categorie de tulburări (Coleman și colab., 1982).

Hipersomnie psihofiziologică. Tranzitorie sau rareori cronică, această hipersomnie apare, în general, ca o consecință a unui factor declanșator bine precizat: un doliu sau o altă experiență similară trăită de pacient.

Hipersomnie asociată cu o tulburare psihiatrică. La originea unei somnolențe excesive stă uneori depresia endogenă, dar pot sta și stări depresive calificate drept „atipice" de către anglo-saxoni și caracterizate, pe lângă o intensă anxietate, de hipersomnie și hiperfagie. Depresiile endogene bipolare arată într-un anumit număr de cazuri anomalii tipice cu prilejul înregistrărilor somnului în laborator; scurtare a latenței somnului paradoxal și diminuare a cantității de somn profund din stadiile 3 și 4.

Apnee hipnice și hipoventilație alveolară. Somnolența diurnă reprezintă simptomul dominant al sindromului de apnee hipnice.

Un pacient, de exemplu, se plânge de o somnolență existentă de mai mulți ani. A provocat mai multe accidente rutiere. Performanțele sale pe plan profesional au devenit mediocre. Soția sa este deranjată de sforăitul soțului și a observat la el pauze respiratorii pe parcursul întregii nopți. Dimineața pacientul se trezește obosit și se plânge de dureri de cap. La examen se prezintă ca obez și hipertensiv. Hipnograma arată apnee cu o frecvență medie de 50 pe oră, cu o durată de 30–40 secunde. Traheotomizat, acest pacient va fi scutit în bună parte de simptomele sale. Frecvența apneelor hipnice a scăzut considerabil în urma acestui tratament. Primele observații privind sindromul de care suferă pacientul respectiv datează din 1955 (P. Sieker și colab.). Această tulburare se caracterizează (H. Guilleminault și colab., 1976) prin apariția în timpul nopții sau al zilei, în somn, a unor stopuri respiratorii (peste 30 pe noapte, cu o durată mai mare de 10 secunde), asociate sau nu cu obezitatea, hipoventilație alveolară fără sindrom respirator obstructiv, hipertensiune arterială pulmonară și/sau sistemică, precum și somnolență diurnă. Unii pacienți prezintă mai multe sute de stopuri respiratorii pe noapte, ceea ce perturbă organizarea ciclului veghe–somn și determină consecințe pe planul oxigenării sângelui și funcționării hemodinamice.

Se disting două tipuri de apnee:

Apnee obstructive. La originea acestor apnee stă o obstrucție a căilor respiratorii superioare. Limba, amigdalele sau faringele blochează circulația aerului în timpul somnului. Apneea survine în expirație, iar reluarea mișcării respiratorii are loc în inspirație și îl trezește pe cel care doarme. Contrar apneelor centrale, acest episod nu se însoțește cu o oprire a activității mușchilor respiratori. Uneori un fenomen de valvă autorizează slabe debite expiratorii în timpul apneei.

Apnee centrale. O disfuncție a sistemului nervos central care reglează respirația stă la originea acestui tip de apnee. Apneea survine, de asemenea, în poziția expiratorie, iar repriza, în inspirație, se însoțește cu o trezire din somn sau cu o semitrezire. Căile respiratorii superioare rămân deschise în perioada de apnee, pe când activitatea mușchilor intercostali și a diafragmului este suspendată.

În realitate, un anumit număr din aceste apnee centrale au o formă mixtă: ele debutează printr-o apnee centrală, dar continuă cu o închidere a căilor respiratorii superioare, cu reluarea mișcărilor toracice și/sau abdominale.

Alături de aceste forme tipice, există *hipopnee*, definite ca o reducere cu 50% a debitului de aer, cu diminuarea în paralel a mișcărilor musculare respiratorii.

Uneori apneele hipnice au fost comparate cu sindromul Pickwick, de la numele personajului lui Ch. Dickens. În acest sindrom, care adesea se asociază cu apnee hipnice, se observă la un subiect obez o hipoventilație alveolară cronică, accese de somnolență diurnă și pauze respiratorii.

Apneelor somnului li se asociază adesea obezitatea (mai puțin frecventă în apneele centrale), hipertensiunea arterială și, uneori, o insuficiență cardiacă. Laboratorul hipnic va confirma diagnosticul. Un test iterativ al latențelor de adormire, un examen O.R.L. și un bilanț pulmonar vor completa examenul pacientului. Trebuie notat că apnee rare și de scurtă durată se observă și la subiectul normal, precum și la copil.

Fiziopatologia acestor fenomene a provocat numeroase discuții. Mai frecvent decât anomaliile anatomice, o hipotonie a căilor respiratorii superioare ar determina îngustarea lor sub efectul presiunii negative create de inspirație în apneele obstructive.

Mecanismele sunt mai puțin clare în apneele centrale: este incriminată o disfuncțiune a receptorilor metabolici periferici sau centrii din trunchiul cerebral. Pacienții sunt uneori pe nedrept considerați ca suferind de insomnie psihofiziologică și tratați cu hipnotice sedative, care agravează apneele hipnice. Ei pot fi considerați și ca narcoleptici atunci când adorm brusc în timpul zilei. Laboratorul hipnic pune cu ușurință diagnosticul.

Printre tratamentele apneelor hipnice obstructive, în afară de traheotomie, soluție extrêmă care aduce ameliorarea probabil cea mai importantă, există diverse alte soluții chirurgicale sau mecanice (fixarea limbii, corecție chirurgicală O.R.L., aparat care permite menținerea unei presiuni pozitive pe căile respiratorii...)

Dintre medicamentele utilizate în diversele tipuri de apnee, notăm antidepresorii care suprimă somnul paradoxal (cum este protriptilina, antidepresor triciclic utilizat frecvent în țările anglo-saxone și IMAO), permițând calmarea acestor pacienți.

Narcolepsie. Marcată de accese de somn incoercibile, în circumstanțe neobișnuite pentru somn, narcolepsia este fără îndoială cea mai cunoscută dintre tulburările caracterizate prin hipersomnie. Acest sindrom a fost descris încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea (C. Westphal, 1877, J.B. Gélineau, 1880). În afara „acceselor de somn", subiectul se plânge de somnolență diurnă și de treziri nocturne. Acești pacienți suferă și de anomalii caracteristice fazei REM a somnului: cataplexie (pierdere bruscă a tonusului muscular), paralizie hipnică (imposibilitatea de a se mișca în momentul adormirii sau al trezirii), fenomene hipnologice (iluzii sau halucinații vizuale/auditive la adormire). Aceste trei fenomene asociate cu accesele de somn constituie tetrada caracteristică sindromului, prezentă la 10% dintre narcoleptici. Cataplexia s-ar regăsi în 75–95% din cataplexiile confirmate prin electroencefalogramă.

Narcolepsia rămâne un sindrom relativ rar (4–7 cazuri la 10 000 persoane din populația generală [W. Dement și colab., 1972]) și se întâlnește în special la bărbați. Începe de obicei în adolescență și nu dispare spontan, chiar dacă intensitatea sa poate scădea cu timpul. Are un caracter genetic, ceea ce a condus la studierea ei la animale (mai ales la câini, din 1974, la universitatea Stanford).

Accesele de somn care corespund unei treceri instantanee la faza REM (neprecedată de somnul lent), survin în perioade de minimă stimulare (sarcină repetitivă, conducerea automobilului), sau în cazul trăirii unor emoții (râs, furie, act sexual).

În laborator se constată o apariție rapidă a somnului paradoxal (cel puțin două faze REM în cele 15 minute care urmează adormirii). Somnul este fragmentat și modificat: treziri frecvente, diminuarea stadiilor 3 și 4 și augmentarea stadiului 1.

Tratamentul narcolepsiei, al cărei mecanism rămâne necunoscut, se bazează pe psihostimulente. Au fost utilizate și substanțe amfetaminice, între care metilfenildat. Acestea vizează îndeosebi accesele de somn, dar par să aibă o anumită eficacitate și asupra cataplexiei. S-a recurs și la antidepresori, care suprimă somnul REM.

PARASOMNII. Unele tulburări episodice frecvente la copil și care survin în cursul somnului (parasomnii) au fost descrise de mult, din cauza aspectului lor alarmant: somnambulism, spaime nocturne și mai ales coșmaruri. Aceste tulburări pot fi observate în cursul stadiilor specifice somnului (coșmaruri pe parcursul fazei REM). Altele survin în timpul unei treziri parțiale în perioada somnului lent profund (somnambulism, enurezie).

Parasomniile observate în faza somnului lent au anumite caracteristici: sunt mai frecvente la băiat decât la fată; survin, în general, în cele 2–3 ore de după adormire; sunt adesea asociate cu alte parasomnii; apar în familii care au antecedente parasomniace; dispar adesea în cursul adolescenței; rareori sunt asociate cu tulburări psihopatologice sau epileptice.

Somnambulism. Pacientul se scoală noaptea, execută uneori câteva gesturi stereotipe, după care începe să meargă, evitând obiectele situate în câmpul său vizual. Dacă se trezește, nu înțelege ce i s-a întâmplat. Acest comportament se produce într-o stare de trezire parțială, iar accidentele nu ar fi rare, contrar ideii răspândite care atribuie somnambulului puteri extraordinare.

Somnambulismul începe, în general, în copilărie. Dacă se manifestă pentru prima dată la vârsta adultă ar putea revela prezența unei patologii psihiatrice (Kales și colab., 1980) (→ SOMNAMBULISM).

Epilepsia temporală trebuie eliminată: episoadele de automatism survin în acest caz și în timpul zilei și există anomalii temporale ale E.E.G., spre deosebire de somnambulism.

Mecanismul fiziopatologic al somnambulismului rămâne necunoscut. În laboratorul hipnic se observă semne E.E.G. de trezire pe parcursul stadiilor 3 și 4, înainte de apariția episodului de somnambulism. Fenomenul nu este asociat cu somnul paradoxal și nu poate fi considerat pur și simplu ca un echivalent motor al visului.

Nici un tratament farmacologic nu este, de obicei, administrat acestor pacienți. Înainte de toate trebuie avut grijă ca ei să doarmă într-un mediu care nu-i expune la accidente (ferestre închise). G. Hauri (1977) notează că o legătură în jurul pieptului care să nu-i permită insomniacului să se îndepărteze de pat poate fi o soluție practică, dar că somnambulul desface, în general, nodul. Pentru cazurile severe au fost preconizate doze mici de benzodiazepine.

Spaime nocturne. Subiectul se trezește într-o stare de anxietate paroxistică în cursul primei treimi a nopții. Accesul se asociază cu semne neurovegetative (transpirație, ritm respirator și puls accelerate). (→ SPAIME NOCTURNE).

Prevalența spaimelor nocturne ar fi de 1–4% la copiii în vârstă de sub 12 ani. Sunt rare la adult. Un tratament farmacologic nu este propus decât în cazurile severe: benzodiazepine în doze mici, care ar acționa crescând calitatea somnului în stadiul 2, în detrimentul stadiilor 3 și 4.

Coșmaruri. Subiectul se trezește în general în a doua jumătate a nopții și raportează un vis angoasant. Factori exteriori favorizează coșmarurile: stres, sevraj de anumite substanțe (alcool, psihostimulente sau medicamente hipnotice). Tratamentul urmărește să atenueze factorii favorizanți.

Alte parasomnii. Ele nu vor fi detaliate aici: somnilocviul (vorbitul în somn), enurezia (urinatul în timpul somnului), bruxismul (scrâșnirea dinților în somn), mișcări ritmice la adormire. La limita parasomniilor se situează epilepsia nocturnă, care pune probleme mai grave decât parasomniile clasice, a cărei evoluție este spontan favorabilă și care adesea nu necesită nici un tratament farmacologic.

Tulburările de somn nu pot fi disociate de ansamblul vieții psihice. În cursul somnului, de altfel, persistă unele mecanisme ale vieții de relație: apropierea unei prăzi îl trezește imediat pe animalul de pradă. Dar dacă cunoaștem bine semnificația numeroaselor comportamente care au loc în timpul stării de veghe, funcțiile somnului și ale visului rămân ipotetice. Are somnul o funcție de „restaurare" și de protecție a funcțiilor superioare? Somnul lent, care pare să apară la mamifere în același timp cu termoreglarea, joacă el un rol în conservarea energiei? Permite visul o descărcare și o elaborare utilă de fenomene inconștiente? Numeroase date furnizate de clinică și biologie vin să sprijine aceste ipoteze și ne-ar putea permite

trecerea de la o abordare încă preponderent descriptivă la o înțelegere a mecanismelor și a modului de acțiune al terapeuticilor în cazul tulburărilor de somn.

Bibl.: Benoit, O. (sous la direction de), *Physiologie du sommeil; son exploration fonctionnelle*, Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1984; Kleitman, N., *Sleep and Wakefulness*, University of Chicago Press, Chicago, 1963; Nahon, J.-P., Hédouin, M., *L'hypnologie*, P.U.F., Paris, 1989; Webb, W.B., *Biological Rhythms Sleep and Performance*, J. Wiley and Sous, New York, 1982.

TULBURĂRI DE IDENTITATE (engl. *Ego identity disorders*). **Tulburări ale conștiinței de sine caracterizate prin deteriorarea sau chiar pierderea sentimentului „de a fi identic în timp" (K. Jaspers).**

Tulburările de identitate fac parte din sindromul de depersonalizare* și se pot asocia cu pierderea sentimentelor de autonomie, de spontaneitate și chiar de unitate a Eului (cu impresia de dedublare). Descrise mai întâi de P. Janet, în legătură cu psihastenia, ele se asociază, în general, cu o stare de anxietate și cu impresia de pierdere a contactului cu realul. Cum scrie S. Follin, „depersonalizarea tematizează în mod constant o anxietate profundă care nu este altceva decât trăirea îndoielii realității de sine și a realității ambianței".

Aceste tulburări se întâlnesc în stările oniroide* și crepusculare*, ca și în formele de debut, pseudonevrotice, ale schizofreniei. Se mai întâlnesc în unele experiențe psihodisleptice (provocate de absorbția de toxice, L.S.D., mescalină, extracte canabice etc.), precedând uneori, sau însoțind, tulburări de percepție, halucinatorii.

TULBURĂRI DE LIMBAJ (engl. *speech disorders, language disorders*). **Tulburări ale comportamentului lingvistic și ale comunicării.**

Unele tulburări de limbaj sunt de origine organică, cum este afazia, iar altele apar în cursul numeroaselor maladii mentale.

Printre acestea din urmă distingem: 1) tulburări de limbaj oral, care pot căpăta aspectul de tulburări ale activității de comunicare (logoree, verbigerație, mutism), tulburări de realizare a limbajului (tulburări ale debitului verbal: bâlbâială, barajè, bradifemie, tahifemie) și tulburări semantice (schizofrenie, de exemplu); 2) tulburări ale limbajului scris, adesea paralele cu cele de limbaj oral și care pot atinge aspectele grafic și semantic, precum și viteza scrisului; 3) tulburări de limbaj interior, care apar în sindromul de automatism mental sub forma de repetiție a gândirii, de impunere și de comentare a actelor. Ele se manifestă la nivelul comportamentului bolnavului prin atitudini de ascultare a unor voci sau de conversație cu ele, prin mișcarea buzelor, monologuri și mimici expresive.

La copil, noțiunea de tulburare a limbajului o acoperă pe aceea de tulburări de articulare a cuvintelor (anomalii fixe în pronunțarea anumitor foneme, de exemplu sigmatisme), de întârziere a vorbirii, caz în care este vătămată organizarea însăși a secvenței fonetice (cuvântul reprodus nefiind decât o aproximare a pronunțării corecte, prin inversiune, contaminare sau simplificare), de întârzieri de limbaj, unde este vorba de o întârziere a organizării însăși a discursului suprapus și nu de tulburări fonetice (disfazie, audimutitate), în absența deficitului intelectual patent sau a tulburării grave a personalității (psihoze infantile). La copil sunt frecvente, în plus, tulburările de învățare a limbajului (dislexie, disortografie), ca și bâlbâiala. Tulburările de limbaj sunt deosebit de grave (putând merge până la absența limbajului)

în psihozele infantile, în care ele exprimă profunda perturbare a investirilor obiectale.

Bibl.: Rondal, J.A., *Troubles du langage, diagnostic et rééducation*, Mardaga, Bruxelles, 1982.

TULBURĂRI POST-PARTUM (fr. *psychopathologie du post-partum*). **Tulburări psihice care pot să apară la o femeie imediat după ce a născut.**

Tulburările psihice *post-partum* survin precoce, dar au semnificații diferite, după cum avem de-a face cu un sindrom al zilei a treia (*post-partum blues*), cu o depresie minoră sau cu o psihoză.

Post-partum blues apare la aproximativ 50% dintre lăuze, care se plâng de oboseală și de tulburări de somn. Ele au crize de plâns și teama obsedantă de a nu se pricepe să se ocupe de noul-născut. Atribuit bulversării hormonale de după naștere, acest sindrom ar fi mai frecvent la primiparele care au prezentat tulburări emoționale în cursul sarcinii. Nu necesită tratament, tulburarea rezolvându-se în mod spontan. Pentru unii autori ar fi indicele reactivității emoționale deosebite necesare tinerei mame pentru a stabili relația fuzională precoce cu sugarul. Depresia minoră sau atipică *post-partum* poate debuta printr-un sindrom de ziua a treia, care se prelungește.

Tulburarea survine la femei foarte tinere sau, dimpotrivă, care au depășit 30 de ani și care au trăit dificultăți familiale (despărțiri de părinți, carențe afective) sau prezintă antecedente psihiatrice. Îndeosebi atitudinea negativă pe parcursul sarcinii, tensiunile în cadrul cuplului și cu anturajul, precum și intoleranța la schimbările determinate de prezența nou-născutului în viața mamei sunt factori care favorizează aceste depresii. Consultațiile precoce mamă–copil, sprijinul din partea centrelor de protecție maternă și infantilă (P.M.I.) și din partea medicilor generaliști permit depistarea și tratarea acestor tulburări.

Psihozele post-partum apar și ele, cel mai frecvent, în prima lună (1–2 cazuri la mia de lăuze). Cel mai adesea avem de-a face cu dereglări ale dispoziției, mai ales depresive. Depresiile majore se asociază adesea cu un delir, fie ipohondriac, fie centrat pe sugar (în cazul melancoliei). Sentimentele de indemnitate, de culpabilitate, ideile legate de moarte fac de temut o trecere la actul suicidar și/sau la infanticid, impunând spitalizarea. Accesele maniace sunt frecvente, halucinatorii și delirante, survenind brusc. Temele de influență, de atotputernicie, erotomaniace și persecutorii sunt frecvente. Uneori psihoza *post-partum* se prezintă ca o psihoză delirantă acută predominant confuzională, care poate evolua spre un episod maniac sau melancolic.

Actul obstretical poate precipita decompensarea unei schizofrenii, marcată de agitație delirantă, discordanță sau o stare net disociativă, cu închidere în sine, ostilitate, dezinteres față de copil; 10–15% dintre psihozele puerperale evoluează spre o schizofrenie. În aceste stări, unii autori subliniază importanța respingerii copilului; dificultățile în reperajul generațiilor, cu inversiunea mamă–fiică, de exemplu, imposibilitatea pentru mamă de a se identifica cu o imagine maternă bună și existența unor secrete de filiație. Alți autori insistă asupra bulversărilor endocrine.

Tratamentul acestor psihoze puerperale necesită adesea spitalizare, în încercarea de menținere a legăturii mamă–copil, de exemplu în unități speciale, pentru a preveni reacțiile de respingere a copilului datorate unei despărțiri lungi, care riscă să-i confirme mamei sentimentul ei de a fi periculoasă și incapabilă de a se ocupa de copilul ei. Tratamentul neuroleptic este

adesea necesar pentru a calma anxietatea, agitația și delirul. Unii recomandă sismoterapia. Susținerea psihologică și organizarea relației mamă–copil sunt adesea necesare în decursul spitalizării. Riscul de recidivă în cazul unei graviditățiulterioare necesită supraveghere permanentă, pe întregul parcurs al acesteia.

TUTELĂ (engl. *tutelage*). **Măsură de protecție pronunțată față de unii minori, ca și față de persoane majore care, din cauza alterării facultăților lor mintale, au nevoie să fie reprezentate în permanență în actele vieții lor civile.**

Tutela persoanelor majore, în forma sa actuală, a fost instaurată prin legea din 3 ianuarie 1968, care reformează dreptul majorilor incapabili. Unele persoane nu mai sunt în stare să-și apere interesele, să practice actele elementare ale vieții civile. Este cazul multor bolnavi mintali sau al unor persoane care prezintă infirmități corporale, tulburări care împiedică exprimarea voinței sau discernământul. Înainte de legea din 1968, numai bolnavii care erau internați erau scutiți de gestiunea patrimoniului lor pe toată durata spitalizării. La externare, ei își recăpătau de îndată toate drepturile civile. Începând cu legea din 1968, medicalul și juridicul sunt separate; astfel, de exemplu, un pacient tratat în ambulatoriu poate face obiectul unei tutele, pe când un altul, spitalizat psihiatric, își va păstra capacitatea juridică (puterea de a-și exercita personal drepturile și obligațiile). Legea din 1968 enunță principiul general al nulității actelor juridice în caz de insanitate a spiritului și instituie trei mari regimuri de protecție: ocrotirea juridică, curatela și tutela. Ocrotirea juridică este o măsură de urgență, pe când curatela este o măsură în caz de incapacitate parțială.

Tutela este pronunțată de judecătorul de tutele, la nivelul tribunalului de instanță, sesizat la cererea unuia dintre apropiații bolnavului; judecătorul se poate sesiza și din oficiu, pe baza avizului unui terț. El procedează în acest caz la instruirea afacerii: audierea celui interesat și a familiei, avizul medicului curant, certificat de la un specialist înscris pe lista procurorului Republicii. Instituind tutela, sau prin judecată ulterioară, judecătorul poate enumera actele pe care persoana în cauză va avea capacitatea de a le face ea însăși, fie singură, fie cu asistența tutorelui sau a persoanei care îi ține locul. Tutorele este soțul, un alt membru al familiei, o asociație tutelară agreată sau prepusul stabilimentului de tratament („gerant de tutelă"). În tutelele complete este, de asemenea, desemnat un tutore-substitut și un consiliu de familie. Majorul aflat sub tutelă își pierde capacitatea civilă, drepturile civice și politice. Toate actele sale posterioare judecății sunt nule de drept; actele anterioare sunt anulabile în anumite condiții. Căsătoria, divorțul, donațiile nu sunt posibile decât cu acordul consiliului de familie și cu avizul medicului curant. Un recurs contra judecății care a instituit tutela sau refuzul tutelei sunt posibile în fața tribunalului de mare instanță.

Tutela încetează o dată cu cauzele care au determinat-o, printr-o judecată de ridicare, după aceleași formalități prevăzute pentru instituire. În unele cazuri, judecătorul poate pronunța o hotărâre prin care instituie o curatelă. → CURATELĂ; OCROTIRE JURIDICĂ.

Ț

ȚAP ISPĂȘITOR (engl. *scapegoat*). **În psihologia grupurilor, persoană făcută responsabilă de către grup de o disfuncție a acestuia și care în ochii observatorului joacă rolul de informator sau de indicator al acestor disfuncții.**

Pentru terapeuții familiali, țapul ispășitor are o funcție de neutralizare a unor forțe antagoniste în interiorul familiei, permițând în felul acesta menținerea homeostaziei sale. Țapul ispășitor poate fi recunoscut ca bolnav, fiind în acest caz „pacientul desemnat"; poate, de asemenea, să nu fie recunoscut ca atare, iar în acest caz trebuie adesea să sacrifice o parte din el însuși în vederea ispășirii unei vini grupale, a cărei origine poate fi, de altfel, transgenerațională.

U

UCIGAȘ ÎN SERIE (engl. *serial killer*). **Subiect, în general solitar și psihopat, care comite o suită de asasinate, fără vreun motiv plauzibil și fără intenție crapuloasă, atacând victime ce adesea îi sunt total străine.**

UITARE (engl. *forgetting*). **Imposibilitate provizorie sau definitivă de a reaccede în mod conștient la o informație dobândită sau la o experiență trăită în trecutul imediat sau îndepărtat.**

Este posibil ca acea informație sau acea experiență să continue să producă manifestări comportamentale, fără ca subiectul să fie conștient de faptul că este vorba în acele cazuri de influența trecutului său.

Uitarea este adesea considerată, de cei care o trăiesc, drept un fel de patologie a memoriei. Dacă există cazuri în care uitarea este consecința patologică a unui traumatism care afectează însuși organul memoriei, adică creierul, există multe alte situații în care uitarea nu este altceva decât o consecință a funcționării memoriei omului; în această calitate, putem considera că, departe de a fi o limitare, uitarea normală constituie o necesitate. Sistemele inteligente artificiale nu uită, cu alte cuvinte încă nu sunt capabile să-și modifice în mod semnificativ cunoștințele, în funcție de experiența despre lume acumulată. Unii indivizi-miracol, capabili să restituie cantități considerabile de informații care le-au fost prezentate o singură dată, se plâng uneori, cum a notat A.R. Luria, care a studiat unul dintre aceste cazuri, de a nu se putea împiedica să-și amintească de o pagină din cartea de telefon și de a face erori în cazul demonstrațiilor lor, deoarece nu pot uita paginile de cifre pe care le-au văzut recent. Putem deci afirma, chiar dacă ni se întâmplă adesea să tunăm și să fulgerăm contra limitelor memoriei noastre, că uitarea constituie o necesitate funcțională. Vom distinge, totuși, diferite categorii de situații care pot face loc uitării.

UITAREA REPRESIVĂ. Amneziile psihopatologice au interesat, încă de la finele secolului al XIX-lea, oameni ca P. Janet în Franța, S. Freud în Austria, M. Prince în Statele Unite. Ele se manifestă în special ca o uitare defensivă, prin care pacientul fuge de amintirea conștientă a unui eveniment traumatizant din trecut: este ceea ce

se petrece îndeosebi în amneziile isterice studiate de Janet, în unele comportamente de fugă în cursul cărora subiecții adoptă inconștient o nouă identitate și uneori o nouă viață, în cazurile de dedublare a personalității, ilustrate de cartea lui R.L. Stevenson *Doctor Jekyll and Mister Hyde* (1886) și de filmul pe această temă, sau în cazurile de refulare observate și teoretizate de Freud. În toate aceste situații subiecții exercită în mod inconștient o reprimare a unei categorii de amintiri dureroase, ceea ce le permite să le evite. Au fost făcute tentative de a simula în mod experimental, în laborator, fenomene de acest tip: din nefericire și independent de problemele deontologice puse în mod necesar de asemenea experimente, simularea rămâne departe de realitate, așa încât putem spune că, în starea actuală a cunoștințelor, studierea acestor fenomene de reprimare rămâne de domeniul clinic și interpretativ.

UITAREA PROVOCATĂ. Aceasta are loc în urma unui șoc, a unui traumatism, a unui accident cerebral, a unei tumori sau intervenții neurochirurgicale. În aceste cazuri există vătămare directă a suportului material al memoriei, adică a creierului. Cercetarea amneziilor organice a făcut loc unei fructuoase colaborări între neurologii, neurochirurgii și psihologii care caută să construiască modele ale memoriei normale. Ba chiar s-a dezvoltat o disciplină la interfața acestor domenii: neuropsihologia. Exploatarea sistematică, în studierea amneziilor, a cazului de disocieri duble dintre diferitele funcții ale memoriei (accesibilitate–disponibilitate, memorie pe termen scurt–memorie pe termen lung, memorie episodică–memorie semantică, memorie verbală–memorie eidetică [imagistică], memorie implicită–memorie explicită) a permis dezvoltarea și/sau forțarea de modele ale memoriei construite pe baza performanțelor obținute de subiecții „normali". Independent de importanța acordată în aceste diferite modele proceselor de codare și/sau de recuperare în încercarea de a explica diferitele sindroame amnezice, noi rezultate au pus în evidență că nu este atât de simplu de a înțelege fenomenul uitării: într-adevăr, s-a putut demonstra că dacă, în unele sarcini de memorare care cer o participare conștientă a subiecților, ca în cazurile de reactualizare sau de recunoaștere, pacienții pot avea o performanță nulă sau foarte slabă, în schimb, în alte sarcini, în care conștiința nu este implicată, comportamentul lor să fie influențat de informații pe care ei nu le pot nici reactualiza și nici recunoaște. S-a putut astfel observa că pacienții suferinzi de prosopagnozie, adică incapabili de a recunoaște fețele, într-o probă în care trebuiau să selecționeze fotografii ale unor persoane din anturajul lor, manifestau o reacție galvanică a pielii (reacție electrodermală) în cazul în care li se prezenta una dintre acestea: așadar, informația stocată poate să nu mai fie accesibilă când se utilizează anumite sarcini care implică o reamintire conștientă, dar să fie încă disponibilă atunci când se utilizează teste mai puțin constrângătoare pentru subiecți. Aceste rezultate au justificat recent o distincție între memoria explicită și memoria implicită.

UITAREA REGRESIVĂ. Performanțele memoriei scad o dată cu înaintarea în vârstă: fie că este vorba de date nou învățate, de evocarea de nume de persoane totuși cunoscute sau de evenimente din trecutul recent, numeroase persoane trec prin experiența negativă a acestor sincope mnezice. Aceste tulburări, evident, sunt

foarte diferite de acelea arătate mai sus, chiar dacă sunt datorate degenerării progresive a țesuturilor cerebrale consecutive înaintării în vârstă. Cu toate acestea, date fiind creșterea rapidă a speranței de viață, progresele medicinei, voința persoanelor în vârstă de a continua să aibă responsabilități sociale, efectele negative provocate de senescență sunt azi puternic resimțite; iată de ce în ultimii ani au apărut numeroase lucrări consacrate slăbirii capacităților cognitive din cauza îmbătrânirii.

Chiar dacă nu putem decela cu precizie suporturile organice asociate cu vârsta, există cel puțin similarități de suprafață între deficitele mnezice ale persoanelor în vârstă și sindroamele amnezice ale pacienților cu leziuni cerebrale. Cercetările experimentale întreprinse de câțiva ani pe această temă sugerează că dacă memoria pe termen scurt se schimbă relativ puțin, în schimb, sarcinile care cer o atenție distributivă (ascultare dihotică, de exemplu) sau cele care cer o mare încărcătură mentală (memorie de lucru) sunt mult mai afectate de îmbătrânire, ceea ce pare să indice o reducere globală a resurselor cognitive. În general, persoanele în vârstă dispun de capacități de codare și de recuperare a informației mai puțin performante. Bineînțeles, aceasta depinde și de ocupațiile subiecților, de activitățile cognitive pe care ei continuă sau nu să le exerseze. Nu există, totuși, metodă-miracol.

UITAREA BANALĂ. Începând cu primele cercetări ale lui H. Ebbinghaus referitoare la memorie, psihologia a încercat să propună diferite teorii ale uitării. Două dintre cele mai cunoscute sunt următoarele:

Teoria urmei mnezice. În prima teorie se vorbește despre declinul spontan al urmelor sau de limitarea capacității memoriei pe termen scurt, care este responsabilă de uitare: altfel spus, dacă, dintr-o cauză oarecare, informația conținută în memoria pe termen scurt nu poate fi întreținută prin repetiție mentală, de exemplu, sau nu poate fi transferată în memoria pe termen lung, urma mnezică va slăbi și va dispărea: în acest caz subiectul trebuie să mobilizeze diverse strategii de repetiție, de organizare, de transfer, dacă vrea ca informația prezentată să fie reținută.

Teoria interferenței. Conform teoriei interferenței, nu există mai multe dispozitive de stocare: ceea ce determină uitarea se referă în același timp la caracteristicile de construcție ale materialului și la constrângerile temporale care prezidează activitățile succesive ale omului. Pe când în teoria declinului timpul care trece neocupat cu o utilizare a informației stocate este acela care determină slăbirea și apoi dispariția respectivei informații, în cazul teoriei interferenței tocmai caracterul succesiv al activităților mai mult sau mai puțin similare efectuate de către subiect este responsabil de uitare. Aceste efecte, de altfel, pot fi bidirecționale, în două sensuri diferite: pe de o parte, o sarcină pe cale de a se derula poate afecta ceea ce se va petrece mai târziu (*interferență proactivă*); o sarcină care se derulează la ora actuală poate avea incidențe asupra urmei mnezice a ceea ce s-a petrecut anterior (*interferență retroactivă*); pe de altă parte, aceste efecte pot fi inhibitoare, în măsura în care slăbesc amintirile, sau pot fi facilitatoare, ca în cazurile de antrenament și de transferuri pozitive.

Bibl.: Spear, N.E., *L'évolution des souvenirs, oubli et mémoire*, MEDSI, Paris, 1980; Tiberghien, G., Lecocq, P., *Rappel et reconnaissance, encodage et recherche en mémoire*, Presses Universitaires de Lille, Lille, 1983.

UMOARE (eng. *mood*). **Stare timică fundamentală care domină viața afectivă și reacțiile unui individ.**

Dacă limbajul popular vorbește mai ales de *bună* sau *rea* dispoziție pentru a descrie o stare a afectivității și caracterului, psihiatrii, pe urmele lui J.P. Falret (1852), au rezervat termenul *umoare* pentru a defini o tonalitate timică de bază care poate fi perturbată fie în sensul euforiei, al expansivității și excitației, în stările maniace, fie în sensul unei diminuări, al unei retroacțiuni și al unei depresii, în stările depresive sau melancolice. Aceasta este a reutiliza, scoțând-o definitiv din semnificațiile sale umorale (lichide organice), vechea concepție hipocratică a temperamentului ca rezultat al celor patru mari umori ale corpului: sângele, limfa, bila galbenă și bila neagră (atrabila). Tocmai excesul acesteia din urmă se consideră că provoacă „melancolia".

Ch. Lorry, în cea de a doua jumătate a secolului al XVIII-lea, Ph. Pinel și E. Esquirol, la începutul secolului al XIX-lea, sunt cei care au putut degaja explicația patogeniei tulburărilor mentale, în special a melancoliei, de această tradiție umorală hipocratică mai mult decât bimilenară. Ei le-au permis astfel lui Falret și lui Baillarger să reutilizeze termenul, dându-i semnificația sa actuală, departe de orice conotație umorală.

UNIPOLAR (engl. *monopolar*). **Sinonim al termenului monopolar.**

UNITATE PENTRU BOLNAVII DIFICILI (engl. *unit for difficult patients*). **Serviciu de psihiatrie cu destinație interregională, implantat într-un centru spitalicesc specializat, care primește pe unii bolnavi periculoși.**

Aceste unități asigură spitalizarea pacienților care prezintă pericol pentru ceilalți, așa încât tratamentul, supravegherea și măsurile de securitate nu pot fi realizate într-o altă structură.

Primul serviciu de securitate în spitalele psihiatrice a fost creat în 1910, la Villejuif. Actualmente, purtând noua denumire dată în 1986, există pe întreg teritoriul francez patru unități pentru bolnavii dificili. În afara celei deja menționate, celelalte sunt situate la Sarreguemine, Cadillac și Montfavet.

Circulara din 5 iunie 1950 a recomandat crearea acestor servicii interdepartamentale pentru a primi bolnavi din categoria 3, categoriile fiind definite după cum urmează:

– categoria 1: bolnavi agitați care perturbă serviciile;

– categoria 2: dezechilibrați antisociali greu de suportat de ceilalți bolnavi;

– categoria 3: dezechilibrați antisociali de extremă gravitate, în general medico-legali, care pot prezenta reacții criminale premeditate și complotiste.

De fapt, aceste servicii nu ar trebui să primească decât bolnavi din primele două categorii, cei din a treia corespunzând prea puțin domeniului psihiatric. După decizia din 14 octombrie 1986, subiecții spitalizabili în aceste unități sunt cei care prezintă „pentru semeni un asemenea pericol încât necesită protocoale terapeutice adaptate intensive și măsuri de securitate deosebite".

Aceeași decizie instituie o Comisie de urmărire medicală, compusă din trei psihiatri din spitale și dintr-un medic inspector departamental al Sănătății. Această comisie

are sarcina de a aviza menținerea și ieșirea persoanelor spitalizate din unitate. Numai pacienții cu plasament din oficiu pot fi admiși într-o asemenea structură. De îndată ce cauzele transferului lor au încetat, ei sunt trimiși la serviciul de origine.

Unitățile pentru bolnavii dificili se disting de serviciile obișnuite și prin arhitectura lor, care vizează să preîntâmpine evadările (mijloace de tip carceral, ziduri, șanțuri de protecție, grilaje) și comploturile (mici unități pavilionare). Pacienții, în proporție de 50%, provin din serviciile obișnuite, 25% din serviciile medico-psihologice regionale ale închisorilor, iar 25% printr-o aplicare a articolului 64 din Codul penal (delincvenți recunoscuți iresponsabili din cauza unei „stări de demență" în momentul acțiunii).

URECHIA (Constantin). **Doctor în medicină și chirurgie și neuropsihiatru român (1883–1955).** După absolvirea Facultății de medicină din București, a făcut stagii de specializare la clinica neuropsihiatrică din Breslau (profesorul Alois Alzheimer), și la clinica omonimă din Berlin (prof. Karl Bonhoeffer). În 1909 era șef de laborator la ospiciul Mărcuța, în 1910 asistent la Clinica psihiatrică din București, iar din 1913 șef de lucrări la aceeași clinică. Mai târziu, cum singur spune, a devenit „profesor de Clinică psihiatrică și însărcinat cu lecțiuni de endocrinologie la Facultatea de medicină din Cluj". Din 1946 a fost profesor la catedra de psihiatrie a Facultății de medicină din București. A colaborat la prestigioase periodice de specialitate („l'Encéphale", „Archives de Neurologie", „Revue Neurologique" etc.). Activitatea sa științifică însumează peste 500 de studii și comunicări. C.I. Urechia este, de asemenea, în colaborare cu S. Mihalescu și Retezeanu, principalul autor al unui valoros *Tratat de patologie neuromintală* (Cluj, 750 p.). Nu a ocolit psihanaliza, redactând unele studii de inspirație freudiană (*Psihanaliza și crampa scriitorului; Psihanaliza unui caz de spiritism; Psihanaliza și orientarea profesională*). Contribuții relevante, între altele, în studierea psihozelor tabetice, psihozelor reacționale, psihozei postoperatorii și sindroamelor peduncular și cerebelos. O mențiune aparte impune lucrarea *Maladii infecțioase și tulburări neuropsihice. Patogenie — Clinică — Tratament* (1949), elaborată în colaborare cu Al. Retezeanu.

Întreaga operă științifică a lui C.I. Urechia se axează pe relația organică, fundamentală, somatic–psihic. A fost membru al unor societăți de neurologie și psihiatrie din Franța, Elveția, Belgia. Membru titular al Academiei de Medicină din România.

URGENȚĂ PSIHIATRICĂ (engl. *psychiatric emergency*). **Situație periculoasă și critică în care un bolnav mintal trebuie luat sub tratament cât mai rapid posibil de către o echipă psihiatrică specializată.**

Este necesar să se evalueze de la bun început gradul de urgență și să se stabilească un diagnostic, pentru ca intervenția să fie atât bine determinată, cât și rapidă și eficace. Urgența poate ține fie de gravitatea stării morbide a pacientului, fie de situația critică în care acesta din urmă se găsește în mediul său (interacțiunile cu cei apropiați). În primul caz avem de-a face cu o „urgență nosologică". Intervenția va putea fi solicitată din cauza agitației bolnavului, cu sau fără agresivitate față de anturaj, exteriorizare de idei delirante, de stări depresive, cu idei sau veritabile tentative de sinucidere.

După o statistică a infirmeriei psihiatrice a prefecturii de poliție din Paris (J.F. Reverzy, 1978), diagnosticele pentru 3 000 de persoane internate de urgență sunt:

– alcoolism 35%, cu psihoză acută alcoolică (7,3%) și decompensare psihiatrică în cursul beției (28,2%);
– schizofrenie 16,8%;
– psihopatie 12,3%;
– delir cronic 9,2%;
– acces delirant 7%;
– acces maniac 4,6%;
– tulburări nevrotice 3%;
– demențe tardive 2,3%;
– tulburări psihoorganice, 2,7%.

Stările depresive cu tentative de sinucidere nu apar în această statistică, deoarece bolnavii suicidari au fost spitalizați direct în servicii medico-chirurgicale de urgență, în special de reanimare.

Pe lângă acest aspect nosografic al cazurilor de urgență psihiatrică, există și un alt aspect, situațional, în care starea de criză este legată de un întreg context sociofamilial. În aceste cazuri va fi înainte de toate necesară dedramatizarea situației, îndepărtarea publicului, izolarea provizorie a pacientului într-un centru de ajutorare în caz de criză.

În unele cazuri serviciul de urgență poate lua forma unei spitalizări la domiciliu (M. Woodbury). Intervenția echipei specializate se organizează în acest caz chiar la domiciliul bolnavului, în așa fel că spitalizarea într-o instituție psihiatrică poate fi adesea evitată sau cel puțin întârziată, dacă ea se dovedește în cele din urmă necesară.

Bibl.: Caroli, F., Massé, G., *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin, Paris, 1985; Grivois, H., *Urgences psychiatriques*, Masson, Paris, 1986.

UȘĂ DESCHISĂ (engl. *open door*). **Politică de liberalizare în spitalele psihiatrice, aplicată începând din 1950, care conduce la lăsarea deschisă a ușilor, bolnavii fiind liberi să circule în interiorul și în exteriorul stabilimentului.**

Britanicul J. Bell ar fi cel care a introdus cel dintâi, în 1948, această practică în instituțiile psihiatrice, împărtășită de toți partizanii comunității terapeutice. Desigur că utilizarea neurolepticelor, începând din 1953, a facilitat această practică, nelipsită totuși de dificultăți atât pentru personalul psihiatric, cât și pentru pacienți (la aceștia s-a constatat, o dată cu această inovație, o recrudescență a sinuciderilor). „Ușa deschisă", de altfel, nu a suprimat, cum s-a sperat în mod cam naiv la început, cronicizarea maladiei mentale. Dar cu această ocazie s-a putut verifica justețea proverbului chinezesc: „Ușa cea mai bine închisă este aceea pe care întotdeauna o poți lăsa deschisă." [La București, această „politică" a fost aplicată, de exemplu, de dr. Constantin Gorgos, în cadrul serviciului de psihiatrie al Policlinicii universitare Titan — notă L. G.]

UZAGER RECREATIV (engl. *recreational drug usager*). **Persoană care utilizează drogurile în mod ocazional, fără efecte nocive pentru ea însăși, anturaj sau societate.**

Noțiunea de uzaj recreativ de droguri s-a impus, în cursul anilor '70, din cauza răspândirii unei practici care depășește de departe cadrul toxicomanilor. Noțiunea aceasta se referă în primul rând la utilizarea convivială, ocazională, la studenți sau grupuri de adolescenți, a unor droguri ușoare, în special cannabis, dar și a altor substanțe zise *psihedelice*. Caracterul excepțional al toxicomaniilor autentice provocate de

aceste droguri, pe când utilizarea lor este extrem de răspândită, rămâne un argument serios în favoarea legalizării unor substanțe interzise. Dar există și un uzaj recreativ sau ocazional al drogurilor „dure" (heroină, cocaină...). Unii autori (T. Szasz, N. Zinberg, Peele etc.) scot de aici argumente pentru a denunța rigiditatea legilor și politicilor de sănătate publică în materie de toxicomanie.

Împotriva acestor concepții sunt invocate mai multe argumente:

– riscul escaladei, al trecerii de la un drog ușor la unul mai dur, ajungând la toxicomanie; majoritatea autorilor consideră că trebuie să se renunțe la această noțiune, care corespunde în clinică pur și simplu angajării într-o conduită marginală, indiferent de modalitățile inițiale;

– riscurile sociale imprevizibile ale unui uzaj foarte răspândit; daunele alcoolului sunt evidente și depășesc costurile datorate tulburărilor alcoolicilor inveterați; de asemenea, tabagismul reprezintă o formă de flagel social, fără a fi trăit ca o toxicomanie;

– acest concept li se pare periculos mai ales acelora care susțin că abstinența absolută este singurul tratament posibil al oricărei toxicomanii; a te încrede în posibilitatea unui uzaj recreativ, ocazional, controlat, ar putea duce la recidivarea a o mulțime de abstinenți, năruind această dogmă.

Este adevărat că toxicomanii nu constituie decât o mică fracțiune, „patologică", a uzagerilor de droguri. În același timp, uzajul de psihotrope în societate depășește net strictele lor indicații psihiatrice sau medicale. Medicamentele sunt din ce în ce mai utilizate, din rațiuni de confort. Uzagerul recreativ de droguri ilicite este caricatura unei societăți în căutarea medicamentului-miracol sau a „pilulei fericirii".

V

VAGABOND (engl. *tramp;* amer. *bum*). **Persoană fără domiciliu și fără venituri regulate, care trăiește din expediente și din cerșit.**

Vagabonzii formează, mai ales în marile orașe, o populație marginală în care se pot găsi psihopați și chiar indivizi cu boli mintale grave. Dezinstituționalizarea psihiatrică a determinat în marile metropole occidentale, ca New York, o adevărată vagabondizare a numeroși schizofrenici care nu au reușit să se integreze în viața socioprofesională normală.

VAGINISM (engl. *vaginismus*). **Tulburare care se manifestă prin contracții involuntare și spasmodice ale părții inferioare a vaginului.**

Aceste spasme se pot produce chiar dacă acest organ este intact și stau la originea unei dureri care stinghерește considerabil acuplarea. Vaginismul poate exista în absența unor tulburări de origine psihologică, dar adesea este legat de acestea. → DISPAREUNIE.

VERBALISM (engl. *verbalism*). **Utilizare de elemente ale limbajului, fără adevărata înțelegere a sensului lor.**

Verbalismul a fost studiat în reproducerea de către copiii mici a cuvintelor auzite, fie în scopul de a se pune în evidență aspectele sociale ale dobândirii limbajului (ceea ce subliniază importanța ecolaliei, care ar precede imitația reală), fie ca mărturie a unei gândiri „amorfe" sau dezorganizate.

Psiholingvistica și cercetările psihologice au arătat că sensul nu este supraadăugat la calitățile fizice ale sunetelor vorbirii, ci este dimensiune intrinsecă a acesteia. Înainte chiar de a accede la limbaj, gânguritul sugarului conține o semantică. Țipetele și onomatopeele sunt sistematic repetate în situații precise. De exemplu, un copil în vârstă de 9–10 luni pronunță „papa" la apariția hranei.

S-a putut demonstra că comportamentul „ecoic" (adică faptul că un copil mic repetă ca un ecou cuvinte ale limbii vorbite în jurul său, fără a înțelege sau fără a ține seama de semnificația lor), comportament care, după B. F. Skinner, ar fi motorul dezvoltării limbajului, nu se prezintă cu o frecvență suficientă spre a explica schimbările atât de rapide pe care le semnalează observațiile.

Se admite azi că „un copil poate începe să utilizeze o formă lingvistică, dându-i un sens înainte de a fi capabil să înțeleagă ceea ce ea semnifică" (Slobin, 1973). Distingerea a două coduri succesive: un cod „restrâns" sau centripet și un cod „difuz" sau elaborat și decentrat, care permite o extensie semantică, reflectă în parte această idee. Cu toate acestea, accesul la cel de al doilea cod ar fi mai mult sau mai puțin facil, după apartenența socială.

Termenul de verbalism se utilizează și pentru a descrie prolixitatea adesea confabulatorie a unor debili și psihotici.

VERBIGERAȚIE (engl. *verbigeration*). **Gravă alterare a expresiei verbale caracterizată de o înșiruire automată de cuvinte sau de fraze dezlânate, cu totul incoerente, cum se întâmplă mai ales în demențele ajunse la un stadiu avansat al evoluției lor.**

Numită altădată „catafazie", această deteriorare a limbajului se poate întâlni și în schizofrenie și chiar în delirurile cronice. Ar fi, susține P. Guiraud, „litania declamatorie" descrisă de Ph. Chaslin la unii catatonici.

VERIFICARE (engl. *checking behaviour*). **Activitate prin care o persoană se asigură, în legătură cu un lucru pe care l-a făcut, că acesta este în conformitate cu un alt lucru, confruntându-l cu ceea ce îi poate servi drept probă.**

Atunci când ele sunt repetate de mai multe ori, fără ca repetiția să se justifice, verificările sunt comportamente compulsive, fie ele manifeste sau pur mentale. Întocmai ca riturile obsesionale, ele fac parte din simptomatologia tulburărilor obsesional-compulsive. Ca și acestea, se efectuează într-un climat de anxietate intensă. Verificatorul trăiește într-o permanentă îndoială: aceea de a fi uitat ceva, de a nu fi făcut bine ceea ce avusese de făcut. Se teme, de asemenea, ca alții să nu se fi făcut vinovați de omisiuni sau erori ale căror consecințe ar putea fi grave, simțindu-se responsabili de acestea. Cu toate acestea, ei nu ar putea întotdeauna să precizeze natura evenimentelor catastrofale care s-ar petrece în lipsa verificării. Când se multiplică, verificările devin „verificări ale verificării", ceea ce înseamnă o considerabilă risipă de timp. Uneori verificările se înlănțuie într-o ordine imuabilă și se erijează în veritabile ritualuri obsesionale.

VESANIE (engl. *vesania*). **Rătăcire, dereglare a spiritului.**

Acest vechi termen a fost treptat înlocuit începând din 1850 cu acela de *psihoză**. A fost utilizat mai ales de W. Cullen, apoi de Ph. Pinel și elevii săi, în descrierea „ordinului vesaniilor" sau „al rătăcirilor de spirit nefebrile" (*Nosographie philosophique*, 1798). Erau înglobate aici ipohondria, melancolia, mania și isteria. Dar din 1799 Pinel retrăgea de aici ipohondria și isteria (clasificată la „afecțiunile spasmodice"), dând a sa clasificare cvasidefinitivă a vesaniilor, așa cum o vom regăsi în cele două ediții succesive ale *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1800 și 1809): melancolie sau delir referitor la un singur obiect, manie furioasă, dar fără delir, manie cu delir general, demență* sau abolire a gândirii și, în sfârșit, idiotism* sau obliterare a facultăților intelectuale sau afective (natural sau dobândit). Este cunoscut că această clasificare a fost modificată de elevii săi, E. Esquirol, care, pornind de la melancolie, a creat grupul monomaniilor*, și E. Georget, care a făcut din idiotismul dobândit stupiditatea,

viitoarea confuzie mentală primitivă descrisă de Ph. Chaslin.

Până la sfârșitul secolului al XIX-lea au fost calificate cu adjectivul „vesanice" unele stări de deteriorare psihică sau de azilism* care apar în perioada tardivă a evoluției psihozelor cronice, numite nenuanțat „demențe vesanice".

VICARIANȚĂ (engl. *vicariation*). **Capacitate a unei zone a sistemului nervos central de a-și asuma, parțial sau total, o funcție în mod obișnuit asigurată de o zonă adiacentă care a suferit o leziune.**

Această posibilitate de supleanță reprezintă o condiție favorabilă dezvoltării unei anumite restaurări funcționale.

VICTIMOLOGIE (engl. *victimology*). **Studiu al personalității victimelor unor delicte sau crime, a statutului lor psihosocial și relațiilor lor afective cu agresorii.**

Această ramură a criminologiei a apărut la începutul anilor '50, după apariția cărții lui H. von Hentig (*The Criminal and his Victim*, 1958) care, pentru prima oară, studia rolul victimelor în criminogeneză. Până la acea dată nu se avusese în vedere decât aspectul pasiv și ghinionist al acestui rol. O dată cu H. von Hentig, R. Mendelsohn și A. El. Fattah se vor descrie predispozițiile victimogene. Victima latentă este aceea asupra căreia apasă un potențial de victimitate, caracterizat prin trei serii de factori: primii, de ordin fizic, în care regăsim o vârstă care se îndepărtează de media grupului (persoane în vârstă sau, dimpotrivă, foarte tinere), particularități morfologice sau fizice (handicap senzorimotor, gigantism sau nanism, urâțenie, boală cronică); factori psihologici de tipul mediocrității intelectuale, carențe în judecată, naivitate sau mentalitate frustă, „hipoculturată"; în sfârșit, factori sociali ca diferența de cultură, apartenența la un grup minoritar în societate (imigranți, nou veniți în mediul citadin, membri ai unei religii sau etici marginale) sau la o clasă socio-economică extremă (bogată sau, dimpotrivă, foarte săracă). Victima este, de asemenea predispusă la purtarea unei porecle ridicole și la exercitarea de către părinți a unei profesii discreditate.

S-a încercat individualizarea unei victime înnăscute, cu o personalitate în special nevrotică, cu caracteristici masochiste și un obișnuit comportament de eșec, precum și individualizarea unui criminal-victimă, susceptibil să devină rând pe rând sau simultan criminal și victimă. Acești subiecți, a căror structură nevrotică este de tip sado-masochist, au adesea un puternic sentiment inconștient de culpabilitate și vor trăi o mare ușurare dacă își vor putea raporta culpabilitatea la un eveniment real. De altfel, nu-l putem separa pe agresor de victima sa atunci când studiem comportamentele de persecuție. Există între acestea două un întreg complex de reacții simetrice, complementare și repetitive, care formează un veritabil „ansamblu victimogen indivizibil" (J. Boulé).

VIDEOTERAPIE (engl. *video-therapy*). **Orice tehnică psihoterapeutică în care are loc utilizarea mijloacelor audiovizuale de înregistrare video.**

O dată cu progresele realizate în fabricarea de material video (camescoape tot mai ușoare și ușor de folosit, reproducere imediată a înregistrărilor), această tehnică a invadat puțin câte puțin instituțiile psihiatrice. Pe când la început mijloacele video nu erau utilizate decât pentru înregistrarea convorbirilor și examenelor bolnavilor

spre a le prezenta studenților în scop didactic, în prezent este instrumentul privilegiat în numeroase psihoterapii individuale și familiale.

Trebuie să distingem două abordări terapeutice diferite: în una din ele în centrul acțiunii terapeutice se găsește imaginea pacientului. Este cazul metodei, larg răspândită în Statele Unite, a lui M.M. Berger, în care se încearcă în mod special confruntarea autoscopică dintre subiect și imaginea sa, utilizându-se la maximum posibilitățile camescopului (schimbarea de unghi și de plan, oprire asupra imaginii, încetinire etc.). Cealaltă abordare video este doar o tehnică de controlare a procesului terapeutic, ca în terapiile familiale*, unde ea înlocuiește, în general, oglinda unitransparentă în spatele căreia stătea observatorul. Ea permite o *reîntoarcere* (engl. *feedback*) în contextele terapeutice cele mai diverse.

În Franța, G. Bleandonu a preconizat astfel de înregistrări în cursul curelor de inspirație psihanalitică. El a pus la punct îndeosebi tehnici originale de videoconfruntare, fotovideoscopie, videopsiclip și videodramă (1986). J.-P. Thenot, în schimb, a insistat asupra necesității de a reduce la minimum partea tehnică și de a se evita orice manipulare de imagini care ar fi „prejudiciabilă integrității imaginii corpului". Camera fixă și deschisă unui câmp larg, fără operator în spatele ei, trebuie doar să înregistreze în același timp imaginea pacientului sau a grupului de pacienți (videodramă) și pe aceea a terapeutului care, într-un fel, ocupă o poziție terță, neutră. Ea îi permite astfel pacientului să exprime ce resimte nu numai față de reprezentarea sa, ci și față de psihoterapeut, „prin prisma prezenței mediatizante a mijloacelor video" (1989). Chiar dacă valorizează prea mult conflictele narcisice și investirile imaginii de sine, această nouă tehnică a adus realmentre o dimensiune nouă în numeroase psihoterapii, fie ele de inspirație psihanalitică sau de inspirație comportamentalistă.

Bibl.: Bleandonu, G., *La vidéo en thérapie*, E.S.F., Paris, 1986; Thenot, J.-P., *Vidéothérapie. L'image qui fait renaître*, Éd. Greco, Paris, 1989.

VIGILITATE (engl. *vigilance*). **Stare de veghe care este consecința, pe plan comportamental, a diferitelor niveluri de activitate cerebrală și care îi permite subiectului să fie pregătit la orice stimul ce are pentru viața sa cotidiană o importanță deosebită.**

H. Head este acela care, în 1923, a introdus în neurologie noțiunea de vigilitate. El presupunea că putem defini diferite stări de funcționare nervoasă, fiecare dintre ele având o anumită valoare adaptativă pe planul comportamentului. Potrivit concepției lui Head, vigilitatea se referă în același timp la starea funcțională a sistemului nervos și la nivelul de eficacitate comportamentală care îi corespunde. Trebuie, așadar, să vorbim mai degrabă de „niveluri de vigilitate". Nivelului de vigilitate cel mai coborât îi corespunde somnul profund, iar nivelului celui mai ridicat îi corespunde o stare de excitație extremă. Trecerea de la un nivel de vigilitate la un nivel superior necesită o activare nervoasă.

Noțiunea de vigilitate se raportează la eficiența fiziologică generală a sistemului nervos (B. Cardu). După descoperirea funcțiilor formației reticulate ascendente de către H.W. Magoun și G. Moruzzi și formularea de către D.O. Hebb a teoriei activării, această eficiență se poate reprezenta prin descărcări optimale în rețelele neuronice ale întregului cortex cerebral,

care astfel sunt în permanență „activate", în special în stările de veghe și de alertă.

Contrar unui obicei frecvent în psihologie, nu trebuie să confundăm noțiunea de vigilitate cu aceea de atenție. Un comportament atent cere, într-o situație dată, un anumit nivel de vigilitate pentru ca performanța să fie optimă; un nivel inferior sau superior ar determina o performanță mai puțin bună.

TESTELE FIZIOLOGICE ȘI SUBIECTIVE. Mai multe instrumente sunt utilizate pentru aprecierea nivelului de vigilitate al unui subiect la un moment dat: în afara recoltării de indici fiziologici ca activitatea electroencefalografică, tonusul muscular, activitatea vegetativă (reacție electrodermală, ritm cardiac etc.), cercetătorii folosesc din plin testul iterativ de adormire și chestionarul de autoestimare a vigilității. Testul interativ de adormire constă în a propune unui subiect să adoarmă în diferite momente din cursul zilei; o latență scurtă de apariție a stadiului 1 al somnului este indicatorul unei propensiuni de a dormi și deci al unui nivel scăzut de vigilitate. Cât privește chestionarul de autoestimare a vigilității, au fost elaborate două forme: Stanford Sleepiness Scale, în care subiectul își estimează nivelul de somnolență pe o scală cu 7 puncte (de la foarte treaz la aproape adormit), și scala Thayer, care cuprinde 19 adjective despre care subiectul trebuie să spună dacă ele corespund mai mult sau mai puțin stării sale (pentru fiecare adjectiv, ca „activ, somnolent, treaz, liniștit, obosit...", sunt propuse patru niveluri) și care, după cotare, dă un nivel subiectiv de vigilitate.

TESTELE PSIHOLOGICE. Psihologii utilizează în experimentare mai multe teste de vigilitate care, contrar demersului psihofiziologilor, suprapun noțiunile de atenție și de vigilitate.

– *Testul pătratelor tip R. Zazzo.* Este un test de recunoaștere care evaluează atenția selectivă și, de asemenea, timpul de reacție. Formele care trebuie recunoscute sunt niște pătrate ornate cu o linie în perimetrul lor exterior, fie perpendiculară pe mijlocul uneia din cele patru laturi, fie în prelungirea diagonalelor care ajung la cele patru unghiuri. Sarcina constă în a apăsa cât mai repede posibil fie pe clapa „da", fie pe clapa „nu" de îndată ce este identificat semnul apărut pe ecran, pe care un nou semn îl înlocuiește imediat după răspuns.

– *Testul clasamentelor de cifre.* Este un test de raționament numeric care estimează vigilitatea și concentrarea intelectuală. El constă în a clasifica în ordine crescândă seriile de cifre prezentate pe ecran într-o ordine aleatoare.

– *Testul Batman.* Este un test care explorează atenția și timpul de reacție într-o sarcină care pune în joc lateralizarea. Este vorba de un om care se prezintă cu un drapel roșu într-o mână și cu un drapel albastru în cealaltă mână. Trebuie precizat în ce mână ține drapelul de aceeași culoare cu soclul pe care este plasat (soclu care va fi albastru sau roșu). Omul de pe soclu este prezentat fie cu capul în sus, din față sau din spate, fie cu capul în jos, din față sau din spate.

– *Testul petelor sonore.* Este un test care estimează forța mentală, explorând în același timp atenția, memoria vizuală și memoria auditivă, în situația de supraîncărcare informațională. Testul constă în a repera într-o populație de *n* mici pete rectangulare, de dimensiuni și culori variabile, care apar una câte una în diverse locuri ale ecranului, unde ele se mențin

(realizând o supraîncărcare progresivă de informație), pe acelea care au fost precedate de un semnal compus dintr-un număr variabil de sunete scurte. Pacientul trebuie să răspundă pe claviatură la două întrebări: culoarea petei și numărul de sunete al semnalului.

TULBURĂRILE DE VIGILITATE. Tulburările de vigilitate apar în momentul adormirii și în timpul somnului, precum și sub efectul a numeroase droguri și medicamente psihotrope. Ele sunt, de asemenea, consecința a multiple leziuni ale creierului, în special traumatisme ale trunchiului cerebral. Se vor distinge, astfel, stări de confuzie*, de obtuzie, de obnubilare, de beție, de sincopă și de comă*, putând merge de la coma vigilă la coma cea mai profundă, cu totală absență de reactivitate.

Bibl.: Coblentz, A., *Vigilance and Performance in automazed Systems*, Kluver, Dordrecht, Boston, London, 1989; Davies, D., Parasuraman, R., *The Psychology of Vigilance*, Academic Press, London, New York, Paris, 1980; Mackie, R.R., *Vigilance Theory, Operational Performance and Physiological Correlates*, Plenum Press, New York, London, 1977.

VIOL (engl. *rape*). **Atentat sexual grav care se caracterizează printr-un act de penetrație genitală (indiferent de natură) comis asupra persoanei semenului prin violență, constrângere sau prin surprindere.**

Cu excepția violurilor de război sau a riturilor socioreligioase, acest atentat se supune, în general, acelorași tabuuri ca și actul sexual, adică se desfășoară într-un loc discret, ascuns, retras, scăpând mărturiilor neutre. Aceasta face uneori dificilă calificarea faptei și judecarea violatorului, care în Franța este de resortul articolului 332 al Codului penal, sancțiunile prevăzute fiind deosebit de severe. Mărturia victimei — care singură poate da actului sexual consumat în cursul atentatului adevărata sa dimensiune de violență și de neconsimțământ — a fost adesea contestată, în special de către apărare, așa încât un psihiatru expert poate fi desemnat pentru a preciza „credibilitatea" a ceea ce, așadar, este atât reclamație, cât și mărturie. Se ajunge astfel la ceea ce unii consideră realmente scandalos: ca victima, uneori grav șocată, să aducă probe și să sufere examene și interogatorii minuțioase și suspicioase, ca în cazul unei puneri sub acuzație. De unde cererea de suprimare a acestei expertize de credibilitate, cerere susținută de mulți feminiști și psihologi, ceea ce nu rezolvă problema reclamațiilor nejustificate și a posibilelor consecințe de temut asupra celui care ar fi în mod fals denunțat (G. Benoit, G. Bardet-Giraudon, 1983).

Violul poate fi comis de un subiect normal. Destul de adesea, însă, personalitatea violatorilor este caracterizată de o imaturitate afectivă și culturală (P. Scherrer). Actul lor este în acest caz un răspuns agresiv la o frustrare reală sau imaginară, pe un fond de viață afectivo-sexuală deosebit de săracă și/sau dominată de numeroase interdicții familiale și infantile. Uneori violatorul este un dezechilibrat, un psihopat, un epileptic, un alcoolic sau un veritabil psihotic. Violul se poate asocia în acest caz cu omuciderea. El poate rămâne izolat în istoria pacientului sau, dimpotrivă, se poate reproduce într-o manieră repetitivă, asociindu-se uneori cu ritualuri (în registrul sadomasochist, de exemplu) sau căpătând un aspect stereotip.

Unele violuri sunt colective, adesea săvârșite de bande de adolescenți neorganizate, sub formă de grupări ocazionale (P. Parrot și M. Gueneau, *Les bandes d'adolescents*, 1959). Este o gravă problemă de delincvență socială, a cărei prevenire rămâne dificilă.

Numai recent s-a arătat preocupare pentru victimele violului, al căror ecou psihoafectiv poate fi dramatic. Unul din primele studii este acela al lui M. Amir (1967), care pune accentul pe interacțiunile dintre autor și victimă într-o perspectivă victimologică și care demolează o serie de prejudecăți prea favorabile violatorilor. Cartea lui S. Brownmiller (1975) arată consecințele grave ale violului pe plan mental și sexual: depresii reacționale anxioase, nevroze traumatice, inhibiție, frigiditate și dispareunii sunt frecvente în urma acestor atentate. Acestea pot fi deosebit de grave pentru adolescenți, în special dacă violul se asociază cu incestul, provocând nevroze sau chiar psihoze la vârsta adultă (D. Jehu, 1988). → VICTIMOLOGIE.

Bibl.: Benoit, G., Bardet-Giraudon, C., *Le viol*, Masson, Paris, 1983; Brownmiller, S., *Against our Will. Men, Women and Rape*, Simon and Schuster, New York, 1975; Jehu, D., *Beyond Sexual Ambus. Therapy with Women who were Childhood Victims*, Wiley, Chichester and New York, 1988; Parrot, P., Gueneau, M., *Les bandes d'adolescents*, P.U.F., Paris, 1959; Parrot, A., Bechhofer, I., *Acquaintance Rape. The hidden Crime*, Wiley-Interscience, Chichester, 1991.

VINDECARE PSIHICĂ (engl. *psychic recovery*). **Revenire a unui subiect atins de o afecțiune mentală la o stare de bună sănătate psihică.**

Spre deosebire de maladia somatică, a cărei vindecare este, în general, reprezentată de suprimarea răului și întoarcerea la integritatea organismului (*restitutio ad integrum*), vindecarea psihică apare mai degrabă ca un nou stadiu în evoluția psihoafectivă a subiectului. Iar în această calitate maladia sa a putut juca un rol pozitiv în ceea ce este uneori un veritabil progres al personalității sale. În alte cazuri, mai puțin favorabile, va fi vorba doar de o remisiune sau de o stabilizare, lăsând în calitate de sechelă un deficit mental funcțional și un handicap.

VIOLENȚĂ (engl. *violence*). **Forță brutală pe care o ființă o impune unor semeni, putând merge până la constrângerea exercitată prin intimidare sau teroare.**

Este reprezentată și de toate conduitele agresive pe care un subiect mai puternic din punct de vedere fizic sau moral le impune unuia mai slab: tratamente condamnabile (copii maltratați), brutalizări ale soțului (femei bătute) sau chiar acțiuni criminale care pot merge până la viol și la omor. Prin extensiune, comportamentele violente se vor regăsi și în domeniul delincvenței* ca și în acela al periculozității*. Se știe că orice bolnav mintal susceptibil de a deveni violent va fi considerat periculos și că violența sa, manifestă sau (cel mai adesea) potențială, va servi, în general, de argument pentru justificarea internării sale.

S-a putut afirma, de asemenea, în special în cadrul curentului antipsihiatric din anii '60, că instituțiile și îndeosebi spitalul psihiatric exercită o violență, o constrângere teroristă asupra bolnavilor. Pentru F. Basaglia, ca și pentru D. Cooper sau R. Laing, azilul este una din „instituțiile violenței" pe care s-a întemeiat societatea occidentală. Relația terapeutică însăși „nu acționează ea — de fapt — ca o nouă violență, ca o relație politică orientată spre integrare, din moment ce psihiatrul — delegat al societății — are

mandat să-i trateze pe bolnavi prin acte terapeutice a căror singură semnificație este de a-i ajuta să se adapteze la condiția lor de obiecte ale violenței?" (F. Basaglia).

Violența se poate manifesta la bolnavii mintali mai ales în situațiile de criză. De acord cu A. Gorceix, putem distinge o violență elementară și o violență remaniată.

Prima este legată de stări de destructurare confuzionale și tratamentul ei poate asculta de câteva reguli: prescripție monosau pauciterapeutică, urmărind cel mai adesea alegerea sedativului inițial prescris în urgență și care este de obicei diazepamul, neurolepticele sau meprobamatul, modificarea făcându-se în mod secundar și progresiv în serviciul crizei. Vor trebui, de asemenea, compensate situațiile frecvente de lipsă: meprobamat la alcoolici, clonazepam sau clonidină la toxicomani.

În violența remaniată locul sedativelor este mai delicat, iar deznodământul crizei rămâne în primul plan al conduitei. Aceasta necesită o serioasă analiză a plângerilor pacientului, în special a relațiilor sale cu anturajul, a cărui intoleranță sau agresivitate sunt destul de adesea inductori ai crizei.

VIS ÎN STARE DE VEGHE (engl. *waking dream*). **Stare de reverie în care nivelul de vigilitate este coborât, dar starea de conștiință rămâne intactă.**

Acest termen a fost utilizat, în 1925, de către L. Daudet, într-o vreme când în Franța căpătau amploare cercetările asupra imageriei mentale, fie într-un scop de explorare psihologică (A. Binet), fie deja în scopul terapeutic de introspecție provocată (P. Janet).

În 1945, *Visul în stare de veghe dirijat* al lui R. Desoille se prezintă ca o metodă de psihoterapie inspirată mai degrabă din cercetările pavloviene asupra activității nervoase superioare decât de analizele freudiene ale visului. Derularea curei preconizate de Desoille constă, într-o primă fază, în așezarea pe spate și descrierea, cu afectele care le sunt asociate, a imaginilor și scenelor care se prezintă în mod spontan. Grație materialului furnizat de această reverie, terapeutul poate, mai târziu, să provoace „reprezentarea de noi situații, pentru a observa reacțiile afective ale subiectului". Desoille descrie în această cură un proces de eliberare de angoasă, care se manifestă atât pe plan fiziologic, cât și psihologic.

Visul în stare de veghe dirijat, care se referă la concepțiile lui I.P. Pavlov asupra psihopatologiei, nu face apel la o relație transferențială. Cu toate acestea, în prezent, o versiune mai puțin directivă a acestei metode este uneori utilizată la început de cură psihanalitică, spre a provoca o stare foarte similară: atenția flotantă preconizată de S. Freud la început de tratament. R. Fretigny și A. Virel au propus botezarea cu termenul de *oniroterapie* metodele care fac apel la imageria mentală, indiferent de faptul că terapia este efectuată într-o perspectivă psihanalitică sau nu.

VOIAJ PATOLOGIC (fr. *voyage pathologique*). **Deplasare a unei persoane fără scop obiectiv și fără altă cauză decât psihopatologică.**

Voiajul patologic constituie simptomul inaugural sau evolutiv al unei patologii neuropsihiatrice. El se deosebește de fugile reacționale sau delictuoase (chiar dacă aceste elemente pot să-i fie incluse), ca și de rătăciri (unde dominantă este o dimensiune confuzională).

La originea voiajelor patologice se pot afla totuși anumite stări psihoorganice (cu confuzie și amnezie); epilepsie cu automatism zis „eupraxic", traumatisme craniene, ingerare de toxice, leziuni organice. Găsim, de asemenea, stări anxioase și nevrotice (îndeosebi starea crepusculară isterică).

Cel mai adesea, însă, avem de-a face cu o stare morbidă psihotică, maniacă sau melancolică (cu risc de suicid), cu psihoze delirante mai ales (dacă este vorba de a fugi de persecutori, de a întâlni obiectul iubirii erotomaniace, de a asculta de o intuiție sau de o halucinație, aceste voiaje sunt legate de trăirea delirantă care le susține); în sfârșit, cu voiaje ale unor schizofrenici, care par mai de neînțeles, ascultând de o logică obscură, imprevizibilă.

Voiajele de adolescenți („drumeția") trebuie resituate în contextul lor familial și cultural și nu trimit deci în mod necesar la o personalitate patologică.

VOIERISM (engl. *voyeurism*). **Anomalie a comportamentului caracterizată prin căutarea plăcerii sexuale în privitul și spionatul persoanelor care se dezbracă, se dedau la activități sexuale sau își satisfac nevoile fiziologice (micțiune, defecație), căutare cel mai adesea inconștientă.**

Anomalia aceasta face parte din parafilii. Unii voieriști își obțin plăcerea doar din privit, care rămâne pentru ei singura activitate sexuală. Alții vor ajunge la orgasm masturbându-se în timp ce spionează. Pentru ca diagnosticul de voierism să se confirme, este necesar ca impulsiile sexuale și fantasmele excitatorii să aibă loc în mod repetitiv, timp de peste șase luni (DSM-III R).

VOLIȚIUNE (engl. *volition*). **Orice activitate a omului în care voința sa joacă un rol determinant și, prin extensie, orice conduită în care subiectul își propune un plan și, pentru a-l realiza, angajează resurse ale cunoașterii și energie (J. Sutter).**

Spre deosebire de comportamentele instinctive și automate, actul voluntar presupune preexistența unei idei, a unei reflecții, a unei angajări. Am avea deci de-a face în primul rând cu conceperea unui proiect, apoi cu deliberarea interioară (pentru a alege acțiunea cea mai bună și mai adaptată la scopul urmărit), cu decizia și, în sfârșit, cu executarea acțiunii care rămâne până la capăt sub controlul conștiinței. Această schemă trebuie totuși amendată de prezența anumitor determinisme, în special inconștiente și sociale, cărora subiectul nu poate pretinde că le scapă, „liberul arbitru" nefiind uneori decât o iluzie. Dar aceasta nu face ca angajamentul și actul voluntar al subiectului să nu-și poată păstra veritabila autenticitate. Tulburările de voință se vor manifesta în nevroze, în special în cele obsesionale sau psihastenice, sub formă de abulie*, de inhibiție, de pierdere a întregii spontaneități. În depresia melancolică ele pot merge până la stupoare*. În unele schizofrenii deosebit de grave aceste tulburări capătă forma negativismului* și a pragmatismului*, conducându-l pe bolnav la clinofilie*, iar uneori la o stare de totală delăsare. → PSIHASTENIE.

VRĂJITORIE (engl. *witchcraft*). **Practică magică rău intenționată, care se vrea independentă de legile naturii și contrară acestora și care, prin mijloace și ritualuri codificate, pune în funcțiune anumite mecanisme în relațiile intersubiective.**

Definițiile și raporturile dintre aceste două mari entități, magia și vrăjitoria, sunt variabile de la un autor la altul.

Vrăjitoria este cel mai adesea prezentată drept una din ramurile magiei, confundându-se în acest caz cu magia neagră (sau roșie: sângeroasă) și opunându-se magiei albe, benefice. Magia asociată cu religia este *teurgia* sau *taumaturgia*; aceea care face apel la forțele răului este *goeția*.

Magia, iar mai târziu ocultismul, se vrea o știință secretă, ezoterică, rezervată unei elite în căutarea unui limbaj, o știință a unei utilizări specifice a numerelor și semnelor, adesea ilicită, deoarece ascultă de legile sale și nu de legile sociale și nu este accesibilă decât după o perioadă de inițiere. Ea ține de o știință a sacrului și de o ucenicie, pe când vrăjitoria, în lumea occidentală, este, în general, definită ca o formă frustă și populară a magiei, cel mai adesea feminină. Puternică prin știința privind misterele, ea îi opune acțiunii șocul, ura și voința de a distruge; palierelor de străbătut ea le opune saltul și accesul direct la lumea de dincolo.

MAREA PERIOADĂ A PROCESELOR VRĂJITORIEI. O epidemie de vrăjitorie a devastat un mare număr de țări europene în secolele al XVI-lea și al XVII-lea, făcând un număr de morți greu de evaluat (câteva zeci de mii).

Cauzele acestui flagel au fost multiple și rămân controversate. Mizeria, ciuma și foametea, ponderea crescândă a ereziilor (montaniștii, frățiorii franciscani, paulicienii și mai ales catarii, adepții lui Valdo și albiniștii) care au pus sub semnul întrebării Biserica, dogma și moravurile sale, foarte dureroasa separare a Bisericii și a statului sunt parametrii obiectivi care trebuie luați în seamă. În paralel, de o manieră mai discretă, dar mai profundă, secusa intelectuală pe care au reprezentat-o textele lui Aristotel și lucrările lui Averroes, dezvoltarea unei adevărate teologii începând din secolul al XIII-lea, o culpabilitate masivă de a fi delimitat puterile lui Dumnezeu și, respectiv, ale Diavolului, pentru a se autoriza manipularea legilor naturii, au contribuit din plin la instituirea unei victime ispășitoare. Acuzații sunt mai întotdeauna femei, de obicei în vârstă și izolate în satele lor. Lucrarea *Le marteau des sorcières* („Malleus Maleficarum"), adevărat rechizitoriu împotriva femeii-vrăjitoare, redactat de doi dominicani, J. Sprenger și H. Institoris, a pus în 1487 bazele unui sistem de gândire teoretică și de represiune penală.

Până atunci Biserica se ținuse mai mult în rezervă, chiar dacă lansase câteva avertismente (conciliile de la Angyre, canonul 42, în 506: „Vrăjitorii sunt excomunicați", și canonul 14, în 578; conciliul de la Paris, în 829; fraza-cheie atât de citată: „Pe vrăjitoare să n-o lași să trăiască" [*Exodul*, XXII, 18]. Linia generală era de a reduce la iluzoriu ceea ce ținea de vrăjitorie; proba cea mai evidentă a acestei distanțări prudente se găsește în textul canonului Episcopi (spre anul 900), în care Biserica respinge ca fiind născociri credințe pe care mai târziu le va relua pe seama sa: „Există femei malefice care, închinându-se Satanei, cred că noaptea călăresc anumite animale [...], traversând țări și mări la poruncile Dianei [...]; o mulțime nenumărată de oameni cred că acestea sunt adevărate și, revenind la erorile păgânilor, cred că există o putere divină diferită de Dumnezeu cel unic." Bula lui Inocențiu al XIII-lea (1484) afirmă că această putere are un nume, Diavolul, și că vrăjitoarea este mâna sa. Unii istorici (C. Guinzburg) au făcut

cercetări pentru a descurca ițele acestui scul complex al unei integrări dificile de zei păgâni, de demoni diverși și de ritualuri neliniștitoare, într-o doctrină care predică distrugerea lor. Violența represiunii este pe măsura acestei moșteniri, ale cărei rădăcini multiple își trag sevele atât din bacanale, din faloforii (cultul falusului), cât și de la magii caldeeni și traci. Iar dacă Diana este citată, ea este interșanjabilă cu Irodiada sau cu Hecate. Satana protejează acest trecut care îi aparține, neoferind în acest caz decât un cap de tăiat [referire la istoria uciderii lui Ioan Botezătorul — notă L.G.]. Inchiziția este responsabilă de crimele de erezie de după 1233. Ea va fi repede înlocuită de o procedură civilă, mult mai distrugătoare (secolul al XIV-lea), în afară de Spania. Apogeul arderilor pe rug se situează între 1560 și 1720. Victimele, al căror numitor comun este adesea o ușoară deviantă în raport cu normalitatea — ereditate încărcată, anomalie fizică, marginalitate —, au de suferit suplicii ale căror descrieri clare și făcute cu răceală arată scopul judecătorilor: mărturisirea stă în centrul procedurii, ea singură decide și condamnă.

O lectură atentă a textelor, așa cum a făcut-o R. Muchembled, arată că violența populației față de vrăjitoare și aceea a clasei intelectuale urmează parcursuri foarte diferite înainte de a se întâlni în condamnare: de o parte, sorții, descântecul, spaima în raport cu bunurile materiale; de alta, un sistem de proiecție pe fond teologic. Formularea lui E. Delcambre: „Conceptul de magie medievală, în Lorena, apare mai puțin ca o emanație a gândirii populare, cât ca o expresie a unui ansamblu de idei concepute de teologi și de juriști și impuse de ei vulgului" se întâlnește cu teza lui R. Alleau, care clasează vrăjitoria medievală nu în istoria magiei, ci în aceea a religiilor. Desigur, i se reproșează vrăjitoarei amestecul în toate procesele de zămislire și reproducere, fie că e vorba de împiedicarea raportului sexual, de ablațiunea și confiscarea membrului genital masculin, de uciderea noului-născut (vrăjitoare și moașă sunt legate între ele), de perturbarea naturii, dar vina sa cea mai mare este respingerea lui Dumnezeu. Trebuia creată o superputere de origine umană pentru distrugere și, prin aceasta, de separare radicală a omenescului de sacru, respectându-l însă pe Dumnezeu. Epoca Luminilor se construiește pe asasinatul de coșmar. Decodarea negativului dogmei este adesea facilă; cuvântul comuniunii, evident în acest ansamblu bogat și extraordinar care este sabatul vrăjitoarelor, permite centralizarea unor ritualuri venite din vremi îndepărtate.

Abundența de vrăjitoare, de metamorfoze, de iluzii diabolice dovedește o căutare de legi fixe, imuabile și comprehensibile și, deci, necesitatea de a-l aboli pe făcătorul de tulburări, Diavolul. În mod paradoxal, teologia mărturisește astfel legătura sa cu știința.

PERIOADA PROCESELOR ÎN RAPORT CU PSIHIATRIA. Joncțiunea nu se poate face decât studiind și crizele de posedare care aveau loc în acea vreme. J. Wier, medic al ducelui de Cléves, autor al cărții *De prestigiis daemonum* (1579), a fost foarte adesea prezentat drept părintele psihiatriei moderne. Teza sa privește separarea otrăvitoarelor de vrăjitoare, apoi considerarea acestora din urmă drept bolnave melancolice cu care Diavolul nu are ce face. J. Bodin se opune lui Wier (*Réfutation des idées de J. Wier*), afirmând că este necuviincios să fie judecate lucruri

supranaturale după legile naturale și că este de notorietate publică faptul că Diavolul se servește de melancolie ca de un teren de acțiune.

Această confruntare juridică și medicală asupra fenomenului religios este pentru noi fecundă. Vom afirma, în termeni moderni, că trupul libidinal nu se suprapune peste corpul fizic.

Melancolia își va schimba fața și numele și va deveni isterie, printr-o metamorfoză care rămâne de clarificat.

DOMENIUL PSIHOLOGIC. Termenul *vrăjitorie* rămâne de înțeles ca incarnare în „făcătorul de farmece", care acționează dezinvolt, grație apelului la forțele supranaturale. Dacă magicianul uzează de „tehnici de captare a forțelor simbolice" (F. Laplantine), vrăjitorul pare a se ridica, într-o luptă deschisă, contra oricărei raționalități, analoagă cu lupta sa socială sau religioasă. Tehnicile, fie că țin de imitație sau de contagiune, luând cuvântul drept lucru, partea drept întreg, manevrând în mod paradoxal imaginile, cuvintele, obiectele, au o valoare cu atât mai mare cu cât deturnează mediaticul, pentru a crea prin incomprehensibil o sugestie totală.

Bibl.: Cohn, N., *Démonolâtrie et sorcellerie au Moyen Âge*, Payot, Paris, 1982; Delcambre, E., *Le concept de sorcellerie*, C.N.R.S., Nancy, 1949; Institoris, H., Sprenger, J., *Le marteau des sorcières*, Plon, Paris, 1973; Mandrou, R., *Magistrats et sorciers en France au XVII-e siècle*, Plon, Paris, 1968; Muchembled, R., *La sorcière au village*, Gallimard, Paris, 1979.

VULNERABILITATE (engl. *vulnerability*). **În alcoologie, grad de sensibilitate la efectele băuturilor alcoolice.**

Vulnerabilitatea la alcool variază considerabil de la un subiect la altul, în funcție de numeroși factori genetici și circumstanțiali. Femeile, la egalitate ponderală și de consum, sunt mai vulnerabile decât bărbații. Vulnerabilitatea la același subiect variază în cursul vieții: foarte marcată în copilărie, ea diminuează la vârsta adultă, spre a crește din nou la bătrânețe.

Vulnerabilitatea variază în raport cu condițiile fizice (frigul, oboseala, malnutriția, stomacul gol o fac să sporească, așa cum se întâmplă și în cazul traumatismelor craniene, epilepsiei, gastrectomiei etc.); în raport cu condițiile psihice (factorii emoționali puternici [bucurie sau tristețe], anxietatea, tulburările nevrotice sau psihotice o fac să crească); în raport cu condițiile sociale (presiuni colective cu ocazia bețiilor rituale sau, invers, solitudinea și clandestinitatea pot fi factori de creștere a vulnerabilității).

W

WATZLAWICZ (Paul). **Filosof și psihoterapeut austriac (Viena, 1922).**

Doctor în filosofie al universității din Veneția, dobândește ulterior o formație psihanalitică și psihoterapeutică. Este angajat în 1962 la Mental Research Institute din Palo Alto, în California. A devenit celebru prin publicarea a numeroase lucrări referitoare la comunicarea umană normală și patologică, la relațiile patologice, terapiile familiale nonpsihanalitice. Cartea sa cea mai cunoscută în Franța a fost tradusă cu titlul *Une logique de la communication*, 1967; trad.fr. 1972).

WECHSLER (David). **Psiholog american de origine română (Lespezi, România, 1896 — New York, 1981).**

A fost director al spitalului psihiatric Bellevue din New York, între anii 1932 și 1967. Contribuția sa teoretică esențială a fost marcată de respingerea concepției ideale despre inteligență, în favoarea unei concepții statistice. Inteligența zisă „normală" este definită de el ca valoarea centrală a unei curbe statistice (Laplace–Gauss), formată din vârfuri de puncte obținute de membrii unui grup de persoane de o vârstă determinată, cu ocazia administrării unei serii de teste de nivel (sau *scală*).

A publicat una din cele mai importante baterii de teste, Wechsler–Bellevue Intelligence Scale (1939), din care a extras alte scale, îndeosebi Wechsler Scale for Children (1949), apoi Wechsler Adult Intelligence Scale (1955). A scris, de asemenea, The Range of Human Capacities (1955).

WERNICKE (Carl). **Neuropsihiatru german (Tarnowitz, Silezia, 1848 — Thüringer Wald, 1905).**

A dat numele său unui tip de afazie.

La sfârșitul studiilor sale de medicină, la Breslau, și a celor de neuropsihiatrie, efectuate la Viena, în serviciul condus de Th. Meynert, și-a susținut remarcabila teză *Das aphasische Symptomen-Complex (Complexul simptomatic al afaziei)*, unde descrie forma afazică senzorială (datorată unei vătămări a receptării limbajului), care îi va purta numele. Numit apoi profesor de neuropsihiatrie la Breslau, va descrie o polioencefalopatie carențială, de origine alcoolică adesea, care de asemenea va purta numele său, asociat cu acela al unui

oftalmolog lionez, A. Gayet (1833–1904). La alcoolici el individualizează, de asemenea, o „halucinoză a băutorilor", caracterizată de halucinații auditive la un subiect nonconfuz. Convins de organogeneza integrală a maladiilor mintale, va apăra un organicism fără lacune în cele trei volume ale *Tratatului de psihiatrie* apărut în 1894, din care extrase au fost traduse în limba franceză și publicate în *Revue de psychologie clinique*. Este realmente un exemplu al acelui „organomecanicism anatomolocalizator în psihiatrie", pe care cu atâta virulență îl va critica H. Ey, patruzeci de ani mai târziu.

WINNICOTT (Donald Woods). **Pediatru și psihanalist britanic (Plymouth, 1896 — Londra, 1971).**

A lucrat timp de patruzeci de ani, începând din 1923, la Paddigton Green Children's Hospital ca medic pediatru, supunându-se analizei personale în anii '30. A devenit în 1935 membru al Societății britanice de psihanaliză, al cărei președinte a fost între 1956–1959 și 1965–1968.

A scris: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (1957; trad. fr., cu adăugare de articole ulterioare, 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse), The Child and the Family* (1957; trad. fr., 1971, *L'enfant et sa famille*), *The Child and the Outside World* (1957; trad. fr., 1972, *L'enfant et le monde extérieur*), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1965; trad. fr., 1970, *Processus de maturation chez l'enfant), Playing and Reality* (1971; trad. fr. 1975, *Jeu et réalité: l'espace potential*), *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (1971; trad. fr., 1972, *La Consultation thérapeutique et l'enfant*) și *Fragment of an Analysis* (trad. fr., 1975, *Fragment d'une analyse*).

Interesul lui Winnicott pentru convulsia utilizată ca tratament (electroșocuri), pe care el o abordează în *British Medical Journal*, este mai puțin cunoscut. În 1947 a publicat o conferință pe care o ținuse în fața secției medicale a British Psychological Society. El fusese foarte reticent, s-ar putea spune că se împotrivea la aceste tratamente. Obiecțiile sale erau că, pe de o parte, n-ar fi acceptat să i se aplice lui însuși un astfel de tratament care, în psihiatrie, atrage medici fără o formație convenabilă, că dăunează spiritului științific medical și că poate fi utilizat în tratamentul depresiei, care adesea afectează oameni de mare valoare. Numeroasele sale intervenții în *British Medical Journal*, în 1943, 1944, 1945 și 1947, îi argumentau poziția, care era a unui psihanalist care dorea să aducă o contribuție nouă în psihiatrie.

În studiul a ceea ce psihanaliza poate aduce la clasificare el se sprijină mult pe opera lui S. Freud: relația pacientului cu realitatea, simptom, etiologie. În consecință, pentru el anamneza derivă din materialul dat la iveală în cursul psihoterapiei. Tulburările psihonevrotice, în centrul cărora se găsesc teama de castrare și complexul lui Oedip, se înscriu în acest caz în ceea ce el numește la Freud „ipoteza structurală a personalității". Concepte ca acelea de Eu, Sine și cenzură, Supraeu, calitate și cantitate a proceselor, ideea de regresiune în puncte de fixație sunt evocate de el, precum și ceea ce numește organizarea defenselor unei naturi patologice. Vorbește, de asemenea, de ideea de dependență, de slăbiciunea și forța Eului, de posibilitățile de a descrie cazurile limită și tulburările de caracter. În ceea ce privește psihozele, se referă în primul rând la S. Ferenczi, apoi la M. Klein.

Preocupare pentru adaptarea specifică a tehnicii psihanalitice. Eul sugarului,

dependent de un suport al Eului, adaptarea furnizată de mamă sau de figura maternă îi permit să dezvolte procesul interesant de absorbție a elementelor îngrijirilor materne, ceea ce, de asemenea, în articolul său asupra distorsiunii Eului în funcție de adevăratul sau falsul *self*, va studia ca mamă care este suficient de bună și ca mamă care nu este suficient de bună. Ideea interesantă dezvoltată de el, pe care ne-o arată ca fiind o parte foarte importantă a teoriei sale, este că adevăratul *self* nu devine adevăratul *self* decât dacă este consecința unei reușite repetate a răspunsurilor mamei, fie la gestul spontan al sugarului, fie la halucinația sa senzorială, ceea ce se poate numi realizare simbolică, după o expresie — specifică el — a doamnei Sechehaye. După el, gestul sau halucinația fiind făcute reale, urmează de aici capacitatea de a utiliza un simbol, întocmai ca o consecință a celor petrecute. Astfel, copilul se poate bucura de capacitatea sa de iluzie; el a putut crede că realitatea exterioară se comportă magic și într-un mod care nu contraria omnipotența sa la care, prin urmare, poate să renunțe. Se poate juca, poate imagina. Este prima posibilitate: se constituie bazele formației simbolice. Dacă, însă, între obiectul matern parțial și sugar, acel ceva, activitate sau senzație separă în loc de a lega, formația simbolică este blocată. Această a doua posibilitate duce la un tablou clinic care prezintă o instabilitate generală și diverse tulburări, între care acelea ale nutriției; se instalează un *self* fals, care se supune din necesitate exigențelor mediului, specialitatea sa fiind supunerea și imitația. Se poate ca prin imitație să existe o viață personală, se poate ca micuțul să joace un rol, acela al adevăratului *self*, cum ar fi făcut-o dacă acesta ar fi existat. Așadar, falsul *self* este o defensă, defensă la lipsa de identificare a mamei cu sugarul. Adevăratul *self* este — spune Winnicott — strâns legat de ideea procesului primar, el este pur și simplu proces primar. El ne mai spune că adevăratul *self* apare de îndată ce există o oarecare organizare mentală a individului, organizare care nu este cu mult mai mult decât suma vieții senzorial-motorii. Drept urmare, vor fi posibile rupturi în existența acestui adevărat *self*, experiențe reacționale ale falsului *self*; vor fi, de asemenea, posibile îndoielile cu privire la self, cărora Winnicott le dă importanță la copil. Falsul *self* va face, de asemenea, posibile compromisurile în conduita socială. Aceste compromisuri vor fi privite critic de către adolescent. Noțiunea de fals *self* are consecințe importante în practica psihanalitică: analiză interminabilă, deoarece travaliul se face pornind de la falsul *self* și, cu ocazia luării de contact cu adevăratul *self* al pacientului, dependența extremă care determină anturajul să-l îngrijească pe acel pacient îl pune pe psihanalist în situația de a funcționa ca fals *self*. Dacă, dimpotrivă, practicianul înțelege imediat ceea ce este necesar, are loc retragerea, menținerea *self*-ului, regresiunea. Psihanalistul *menține* (engl., *holds*) și joacă un rol într-o relație în care pacientul este regresat și dependent. Cu cât psihanalistul acceptă mai mult această regresiune și îi face față, cu atât este mai puțin probabil ca pacientul să recurgă la o maladie cu aspect regresiv.

Agression este termenul folosit de Winnicott pentru studierea a ceea ce noi numim *agresivitate*. Ceva se petrece în individ, neantrenând în mod obligatoriu schimbări în comportament, ceva de domeniul unei funcții parțiale, de domeniul expresiei primitive a libidoului. Corp și

idei se îmbogățesc și realizează ideația, realizarea simbolică despre care am și vorbit în legătură cu *self*-ul.

În consecință, există diverse etape ale agresivității, la diferite stadii de dezvoltare: neliniștea, ceea ce o precede, furia. Aceste etape aparțin stadiului personalității totale; ele își găsesc sursele în momentele cele mai precoce ale cruzimii de dinainte de integrarea personalității, în care impulsia își află satisfacția în distrugere. Rădăcina elementului destructor se găsește în impulsia libidinală primitivă (Sinele); acest element este legat de motricitate. Cu toate acestea, oricare ar fi acea calitate a unui mediu suficient de bun, Winnicott subliniază că elementele agresive și elementele libidinale nu fuzionează în mod necesar. De unde ideea unei agresivități care precede integrarea Eului, integrare care face posibilă furia în fața unei frustrări instinctuale și care face ca experiența erotică să fie o experiență trăită. Teza lui Winnicott susține în acest caz că impulsivitatea și agresivitatea îl determină pe copil să caute un obiect extern.

Winnicott a introdus și noțiunea de *obiecte de tranziție*, de fenomene de tranziție, pentru a determina acel moment de primă posesiune a unui obiect, cu un loc special, nici afară și nici înăuntru, la limita dintre afară și înăuntru, pe care el îl deosebește clar de obiectul intern al Melaniei Klein; toate acele sunete, toate acele obiecte care nu fac parte din corpul copilului și pe care el nu le recunoaște totuși ca făcând parte din realitatea exterioară. A gândi și a fantaza fac parte din aceste experiențe. S-ar putea ca originea simbolismului — crede Winnicott — să se găsească pe acest drum care trece de la subiectiv la obiectiv și pe care îl exprimă obiectul de tranziție. Aceste obiecte și aceste fenomene țin de domeniul iluziei, posibilitate ulterioară a artelor, a religiosului, a vieții imaginative, a creațiilor. El pledează aceste teze în *Playing and Reality*.

Mai este de spus, cum scrie el în *Comunicare și noncomunicare*, că obiectul este creat și nu găsit. Când acest obiect se transformă, subiectivul este perceput în mod obiectiv. Mamă-mediu, umană, și mamă-obiectală, lucru, pun în evidență pentru copil experiența unei inconstanțe, pe de o parte, și a unei constanțe, pe de altă parte. Ceea ce înseamnă că obiectul poate fi capabil să-l satisfacă chiar dacă el recunoaște că nu l-a făcut într-un mod satisfăcător. În dezvoltarea sa, copilul dispune de trei moduri de comunicare: unul care nu va înceta niciodată să fie silențios, *self* central care nu comunică, inaccesibil principiului realității, pentru totdeauna silențios; altul explicit, indirect, folosirea limbajului; un altul intermediar, care de la joc trece la viața culturală.

În sfârșit, o altă contribuție a lui Winnicott la ceea ce este pentru dânsul dezvoltarea copilului prin prisma psihanalizei o constituie categoriile de dependență absolută, de dependență relativă și de cele care duc la independență. Aceste categorii reiau ideile sale cu privire la evoluția Eului, a *self*-ului, atitudinea maternă, pe care el o numește preocupare maternă primară, *holding*, posibilitatea pentru copil de a fi un creator potențial al lumii, în care viața exterioară și viața interioară pot lua forma unui schimb continuu.

Una dintre ultimele contribuții ale lui Winnicott a fost *Fear of Breakdown*, teama de prăbușire; el reia aici teza sa privind primele stadii ale dezvoltării afective; *holding* (→ HOLDING), *handling* (→ HANDLING), *prezentarea de obiect* (engl., *object presenting*) permit o dezvoltare care merge de la integrare, de la rezidența complicității somatice la relația de obiect. Angoasa, disperarea, lupta, față cu ceea ce nu permite acestei dezvoltări să se construiască altfel decât ca o organizare defensivă, provoacă acea teamă de o prăbușire care a și avut loc, cauzată de acea agonie originară pe care Eul nu o poate face să intre în propria sa experiență prezentă, care încă nu a fost pusă la încercare. → OBIECT DE TRANZIȚIE; PSIHANALIZA COPILULUI.

Bibl.: Geets, C., *Winnicott*, Delarge, Paris, 1981.

X

XENOPATIC (fr. *xénopathique*). **Se spune despre un fenomen psihopatologic resimțit de către unii deliranți ca fiind provocat de o acțiune din afara lor.**

Termenul a fost creat de P. Guiraud (1950): „Stările timice, reprezentările, tendințele la acțiune care survin în cursul activității psihice sunt trăite de omul normal ca emanând în mod firesc din individualitatea sa psihică. În unele cazuri patologice, aceleași stări nu sunt recunoscute ca personale și sunt atribuite de către subiect unei influențe exterioare; ele sunt trăite ca *xenopatice*" (*Psihiatrie generală*). Ele se asociază, în general, cu o deteriorare a sentimentelor de autonomie și de spontaneitate.

Y

YOGA (engl. *yoga*). **Tehnică de concentrare mentală care a luat ființă în India cu mai multe secole înainte de era noastră.**

Era practicată de yoghini, filosofi și asceți, în scopul detașării de lumea exterioară prin controlul propriilor lor funcții vitale, de exemplu cardiacă sau respiratorie, al cărui rezultat este uneori, la unii călugări, o încetinire spectaculară a acestor funcții.

Se disting, printre diferitele școli, *Hata Yoga*, care se adresează corpului și are drept scop menținerea unui echilibru armonios al organelor, o sută de poziții fiind prevăzute în acest scop, și *Karma Yoga*, preocupată de interacțiunile omului cu mediul său și care, în ochii occidentalilor, are analogii cu un sistem filosofic.

În zilele noastre, adaptată la normele civilizațiilor occidentale, yoga se prezintă ca o activitate de destindere mentală și musculară care permite dobândirea calmului și stăpânirii de sine.

Ca meditație transcendentală, yoga se practică în afara oricărui cadru instituțional, medical sau terapeutic. Tehnica este însușită sub conducerea unui profesor, el însuși inițiat. Elevii sunt supravegheați în grupuri și au de învățat poziții posturale și mișcări respiratorii pe care li se recomandă să și le însușească și stăpânească în mod progresiv și fără mare efort, spre a ajunge la un maximum de deconectare. Ucenicia este îndelungată, cerând un antrenament de mai multe luni, chiar ani, înainte de a ajunge la efecte benefice. Acestea se manifestă asupra psihismului, asupra stării emoționale, iar adepții tehnicii yoga îi laudă repercusiunile asupra tulburărilor nevrotice și psihofiziologice.

Practica yoga poate juca un rol important în lupta contra stresului.

Z

ZONA BROCA (fr. *aire de Broca;* engl. *Broca's area*). **Zonă corticală situată pe fața externă a emisferei cerebrale dominante, în partea inferioară a celei de a treia circumvoluții frontale.**

Distrugerea zonei Broca provoacă o afazie motorie sau anartrie. În afazia zisă „a lui Broca" vorbirea este anevoioasă și lentă, articulația cuvintelor este alterată. În consecință, limbajul, deși coerent din punct de vedere semantic, capătă aspectul unui „stil telegrafic".

ZONA WERNICKE (engl. *Wernicke's area*). **Zonă corticală situată pe fața externă a emisferei cerebrale dominante, în partea posterioară a primei circumvoluții temporale.**

Distrugerea acestei zone determină o afazie senzorială sau de înțelegere a vorbirii numită *afazia Wernicke*. Discursul pacienților care suferă de acest tip de afazie este corect din punct de vedere fonetic și chiar gramatical, dar incoerent din punct de vedere semantic.→ DOMINANȚĂ CEREBRALĂ.

ZOOPATIE (engl. *zoopathy*). **Credință delirantă că în propriul corp sălășluiește un animal.**

Poate face parte dintr-un delir ipohondric fantastic de structură parafrenică sau dintr-un delir de posedare. Altădată se descria o formă particulară de zoopatie, licantropia*, în care subiectul se credea nu numai sălășluit, ci complet transformat în lup.

ZOOPSIE (engl. *zoopsia*). **Viziune halucinatorie și terifiantă de animale respingătoare și amenințătoare.**

Zoopsia se poate observa în patologia mentală în psihozele toxice confuzionale, îndeosebi în cele alcoolice, în cazul unor episoade acute sau subacute de delirium tremens. În cursul acestor stări confuzo-onirice, trăite cu maximum de anxietate, apar, printre alte elemente halucinatorii (profesionale, de exemplu), animale scârboase (șobolani, șerpi, broaște râioase, păianjeni etc.). Filmul oniric se derulează cu mare viteză și îl împinge pe pacient fie la fugă, fie la luptă: el poate, de pildă, să alunge miile de păianjeni care i-au invadat patul. Halucinațiile liliputane sunt adesea amuzante, rareori fiind zoopsice.

LA REDACTAREA DICȚIONARULUI AU COLABORAT

Melinée Agathon, pentru articolele: Agorafobie, Asertivitate, Biofeedback, Cancerofobie, Claustrofobie, Decondiționare, Desensibilizare, Dezgust, Economie de jetoane, Ereutofobie, Fobie, Gerontopsihiatrie, Hiperfagie, Imersiune, Impotență, Injoncțiune paradoxală, Maltratări sexuale, Pedofilie, Pseudofobie, Ritual obsesional, Terapie cognitivă, Terapie comportamentală, Terapie de cuplu, Tip A și tip B, Training autogen, Tratament aversiv, Tricotilomanie, Vaginism, Verificare, Vis în stare de veghe, Yoga.

David F. Allen, pentru articolele: Alegere psihică invizibilă, Amentia, Atitudine antitetică, Cazul Ellen West, Contravoință, Falsă conștiință, Furtună motorie, Geometrism morbid, Holofrază, Insecuritate ontologică, Istero-anorexie, Ronald David Laing, Eugène Minkowski, Nebunie isterică, Pseudoostilitate, Pseudomutualitate, Psihoză locală, Raționalism morbid, Semnul oglinzii, Sindrom Cotard, Sindrom Ganser, Stare hipnoidă.

Isabelle Amado-Boccara, pentru articolele: Cortex, Creier, Dominanță cerebrală, Lob cerebral, Neuromediator, Personalitate multiplă, Receptor, Sinapsă.

Nicole Anquetil, pentru articolul: Psihoză.

François Bing, pentru articolele: Degenerescență, Eredoalcoolism.

Henriette Bloch, pentru articolele: Copil sălbatic, Imaturitate, Îmbătrânire, Întârziere de dezvoltare, Perseverare, Verbalism.

Didier A. Chartier, pentru articolul: Artterapie.

Jean-Marie Coquery, pentru articolele: Maturație cerebrală, Parestezie.

Jean-Michel Cruanes, pentru articolele: Anorexie mentală, Boala Gilles de la Tourette, Bulimie, Călăuzirea copilului, C.M.P.P., Cretinism, Debilitate, Disfuncție cerebrală minimă, Disortografie, Dizarmonie evolutivă, Enurezie, Fugă, Infirmitate motorie cerebrală, Intersector, Isterie, Joc, Maturație cerebrală, Mericism, Ortofonie, Parestezie, Pedopsihiatrie, Prepsihoză, Spaime nocturne, Stare limită, Terapie de grup, Tic, Trisomie 21, Tulburări post-partum.

Blandine Didier, pentru articolele: Accese de panică, Agresivitate, Electroșoc, Litiu, Psihochirurgie, Timoreglator.

Jacqueline Fagard, pentru articolul: Sinestezie.

Pierre Ferrari, pentru articolul: Autism.

Pierre Fouquet, pentru articolele: Absint, Abstinență, Alcoolemie, Alcoolism, Alcoolită, Alcoologie, Alcoolopatie, Alcooloză, Apsihognozie, Beție, C.H.R.H., Dipsomanie, Encefalopatie, Etilism, Izolare terapeutică, Oenilism, Psihoză Korsakov, Somalcooloză, Temperanță, Toxicopatie, Toxitudine, Vulnerabilitate, Zoopsie.

André Galinowski, pentru articolele:Antidepresor, Antiparkinsonian, Anxiolitic, Boala Marchiafava–Bignami, Catalepsie, C.H.A.A., Convulsioterapie, Cortizol, Farmacomanie, Farmacopsihologie, Halucinoză pedunculară, IMAO, Lobotomie, Marcator biologic în psihiatrie, Model animal, M.P.T.P., Neuroendocrinologie, Neuroleptic, Neuropeptidă, Placebo, Psihofarmacologie, Scală de evaluare, Sindrom periodic, Split brain, Stres, Tranzitivism.

Leonard Gavriliu, pentru versiunea în limba română, articolele: A.S.F.A., Alexandru Brăescu, Petre Brânzei, Alexandru Obregia, Constantin I. Parhon, Alexandru Suțu, Constantin I. Urechia.

Jacques Gervet, pentru articolul: Teoria generală a sistemelor.

Michel Godfryd, pentru articolele: Adopție, Afiliere, Ajutor social pentru copii, Alcoolic periculos, Alianță, Alocație pentru adulți handicapați, Alocație pentru educație specială, Anchetă de personalitate, Apartogramă, Asistență educativă, Atelier protejat, Atetoză, Autoritate parentală, Gregory Bateson, Cartă familială, C.A.T., C.H.S., C.M.E., C.M.P., Circularitate, Coaliție, C.D.E.S., Ciclu de viață, Conotație pozitivă, Copil în pericol, Copil maltratat, Coterapie, COTOREP, Delincvență, Diferențiere de sine, Disconfirmare, Discalificare, Dublă legătură, Echipă tehnică, Ecosistem, Educație specială, Epilepsie posttraumatică, Expertiză, Handicapat, Impulsie, Internare, Iresponsabilitate, Legea din 1954, 1985 etc., Mandatar, Salvador Minuchin, Mitomanie, Nevroză posttraumatică, Ocrotire juridică, Periculozitate, Plasament din oficiu, Mara Selvini-Palazzoli, Serviciu liber, Simetrie, Simulare, Sindrom postcomoțional, Sinistroză, S.M.P.R., Terapie familială, Terapie scurtă, Tutelă, Țap ispășitor, Unitate pentru bolnavi dificili, Paul Watzlawick.

François Hartmann, pentru articolele: Benzodiazepină, Catecolamină, Crack, Dopamină, Endorfină, GABA, Tranchilizant, Voiaj patologic.

Jean-Paul Hiltenbrand, pentru articolul: Perversiune.

Cécile Imbert-Collée, pentru articolele: Demonopatie, Delir de posedare, Licantropie, Vrăjitorie.

François Jouen, pentru articolele: Integrare, Schemă corporală, Tonus.

Serge Kannas, pentru articolul: Școala de la Palo Alto.

Nicolle Kress-Rosen, pentru articolul: Paranoia.

Christiane Lacôte, pentru articolul: Fobie.

Pierre Lecocq, pentru articolele: Dislexie, Uitare.

Pierre Leconte, pentru articolele: Adormire, Electroencefalografie, Homeostazie, Localizare cerebrală, Neuroștiințe, Nevroză experimentală, Vigilitate.

Jean-François Le Ny, pentru articolele: Anxietate, Dihotic, Reacție.

Claude Lévy-Laboyer, pentru articolul: Tip A și tip B.

Edmond Marc Lipianski, pentru articolul: Nondirectivitate.

Jean Maisonneuve, pentru articolul: Psihodramă.

Pierre Marcie, pentru articolul: Neurolingvistică.

Daniel Mellier, pentru articolul: Desperare.

Charles Melman, pentru articolul: Nevroză obsesională.

Brigitta Orfali, pentru articolul: Devianță.

Jean Pailhous și **Mireille Bonnard,** pentru articolele: Boala Parkinson, Schemă corporală, Sindrom cerebelos, Tonus.

Claude Parada, pentru articolele: Acetilcolină, Convulsivant, Dezechilibru, Dezinhibitor, Hipnotic, Narcoanaliză, Narcoterapie.

Marie-Germaine Pêcheux, pentru articolele: Angoasa lunii a 8-a, Debilitate, Hospitalism.

Annick Petraud-Périn, pentru articolele: Self, Donald Woods Winnicott.

Marie-France Poirier-Littré, pentru articolele: Psihoză maniaco-depresivă, Serotonină.

Maurice Reuchlin, pentru articolele: Anxietate, Arierație mentală, Deteriorare mentală, Scala Binet–Simon, Scalele de inteligență Wechsler.

Jean-Claude Rey, pentru articolele: Dominanță cerebrală, Lateralizare, Stereotaxie, Tonus cortical, Tonus reticular.

Gérard Schmaltz, pentru articolele: Amigdală, Buton sinaptic, Cerebel, Corp calos, Decerebrare, Emisferă cerebrală, Potențial, Prozencefal, Receptor alfa, Receptor senzorial, Sinapsă, Sistem limbic, Zona Broca, Zona Wernicke.

Xavier Seron, pentru articolele: Afazie, Agnozie, Apraxie, Neuropsihologie.

Marc Valleur, pentru articolele: Adicție, Amfetamină, Amfetaminomanie, Anorexigen, Barbituric, Barbiturism, Brown sugar, Cafeism, Cannabism, Cocaină, Cură de dezintoxicare, Drog, Eteromanie, Grup de egali, Joint, Junkie, L.S.D., Morfină, Morfinomanie, Obișnuință, Obișnuire, Opiaceu, Opiu, Opiomanie, Politoxicomanie, Psihedelic, Psihotrop, Shoot, Sniff, Solvent, Stare de lipsă, Stupefiant, Tabagism, Trip, Uzager recreativ.

N. B.

Jacques Postel a redactat sau și-a asumat responsabilitatea celorlalte articole ale dicționarului.

LA EDITURILE IRI ȘI UNIVERS ENCICLOPEDIC AU APĂRUT:

Bujor T. Râpeanu, Cristina Corciovescu – Dicționar de cinema	47.500 lei
Îndreptar ortografic, ortoepic și de punctuație	16.000 lei
Larousse – Dicționar de filosofie	32.900 lei
Larousse – Dicționar de civilizație musulmană	24.900 lei
Larousse – Dicționar de civilizație egipteană	22.500 lei
Larousse – Dicționar de psihanaliză	24.900 lei
Larousse – Dicționarul spațiului	32.000 lei
Jacques Derrida – Diseminarea	26.900 lei
Marcel Gauchet – Inconștientul cerebral	14.900 lei
Matila Ghyka – Filosofia și mistica numărului	27.900 lei
Jeanne Ancelet-Hustache – Meister Eckhart și mistica renană	17.900 lei
Patricia Hidiroglu – Apa divină	16.900 lei
François Brune – Hristos și Karma	17.000 lei
G. Dumézil – Zeii suverani ai indoeuropenilor	24.900 lei
Rudolf Steiner – Mistica. Gând uman, gând cosmic	14.900 lei
Rudolf Steiner – Evanghelia după Luca	16.900 lei
Rudolf Steiner – Omul suprasensibil în concepția antroposofică	18.900 lei
Jeanne Guesné – Corpul spiritual	18.900 lei
W. Shakespeare – Regele Lear	16.900 lei
Aristotel – Organon (vol. I)	26.900 lei
Aristotel – Organon (vol. II)	43.000 lei
Th. Ribot – Voința și patologia ei	11.900 lei
Th. Ribot – Logica sentimentelor	7.000 lei
Karen Horney – Personalitatea nevrotică a epocii noastre	22.900 lei
Frieda Fordham – Introducere în psihologia lui C.G. Jung	19.900 lei
Leonard Gavriliu – Inconștientul în viziunea lui Lucian Blaga	14.900 lei
Vasile Tonoiu – În căutarea unei paradigme a complexității	11.900 lei
William Golding – Oameni de hârtie	15.900 lei
Iris Murdoch – Dilema lui Jackson	24.900 lei
Eugen Simion – Dimineața poeților	30.000 lei
Petru Creția – Norii	7.500 lei
Tudor Opriș – Zoologia	14.900 lei
Copacul fermecat – Povești	3.500 lei
Mihai Retegan, Cornel Lungu – 1956 – Explozia	13.900 lei

Mircea Rebreanu – Optimismul nostru	3.900 lei
Mircea Rebreanu – Semnificația secolului nostru	9.900 lei
Mircea Rebreanu – În spațiul cultural al Carpaților	9.900 lei
Mircea Rebreanu – Gândirea filosofică română	8.900 lei
Album – Berthelot și România	27.000 lei

LA EDITURILE IRI ȘI UNIVERS ENCICLOPEDIC VOR APĂREA:

Larousse – Dicționar de psihiatrie	46.900 lei
Platon – Dialoguri (tiraj nou)	32.900 lei
Brice Parain – Logosul platonician	19.900 lei
Alfred Binet – Dedublarea personalității și inconștientul	24.900 lei
Georges Dumézil – Uitarea omului și onoarea zeilor	26.900 lei
Florin Constantiniu – O istorie sinceră a poporului român (tiraj nou)	44.900 lei

Comandând prin poștă o carte apărută la una din editurile
IRI sau UNIVERS ENCICLOPEDIC
obțineți o reducere de:

15%

Pentru comenzi cu o valoare mai mare de 60 000 lei obțineți o reducere de:

20%

Costul expedierii prin poștă e suportat de edituri.

Adresa: CP 33–2, București, România
Tel: (401) 223 15 30 / int. 1606, 1030, 1430
Tel./fax: (401) 222 62 86

Editura Univers Enciclopedic
Tehnoredactare computerizată: OFELIA COȘMAN